特　定　疾　病　認　定　申　請　書

認定対象者の個人番号												

申請者が記入する欄	被保険者記号・番号			
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	
	疾病名	1　血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2　人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）		

医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年　　月　　日 医療機関の　名　称 所在地 医　師　名

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

蕨市長　あて

世帯主　住　所

氏　名

個人番号

電話番号

（注）　申請の際、慢性腎不全に係る更生医療券の提示を行う等により当該疾病にかかっていることが明らかである者については、医師の意見欄は記入する必要はありません。