

課長	課長補佐	係長	主務者	課員

様式第 1 5 号 （第 1 6 条関係）

三股町国民健康保険特定疾病認定申請書

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号			
	氏 名		性別	男・女
	生 年 月 日	年 月 日		
	世帯主との続柄			
疾 病 名		<ul style="list-style-type: none"> ・ 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ・ 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因子障害等 ・ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 		
<p>(特定疾病認定を必要とする意見書)</p> <p>上記の理由で認定の必要を認めます。</p> <p>保険医療機関 名 称 所在地 医師名 ⑩</p>				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 世帯主 氏名 ⑩ 個人番号..... 電話番号.....</p> <p>三股町長 様</p>				