

特 定 疾 病 認 定 申 請 書

認定を受けようとする被保険者の記入欄	被保険者記号・番号											
	氏 名							生年月日	年 月 日			
	個人番号											
	疾 病 名	1 血漿 ^{しょう} 分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害、先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 2 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）										

医師の意見書欄	上記の疾病について、診療を受けることに相違ありません。										
	年 月 日										
	名 称										
	医療機関 所在地										
	医師名										

※ 署名又は記名押印をしてください。

上記のとおり申請します。

年 月 日

(提出先)

川越市長

世帯主 住 所

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

※申請の際、慢性腎不全に係る更生医療券の提示を行うこと等により、該当疾病にかかっていることが明らかである場合については、医師の意見欄を記入する必要はありません。

※下記の欄には記入しないでください。

認定年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日

受付印	
受付担当者	