

特定疾病認定申請書

申請者が記入する欄	被保険者の記号・番号	埼玉県	〇〇〇〇〇〇	
	認定対象者の氏名	所沢 太郎	認定対象者の生年月日	〇〇〇年〇月〇日
	認定対象者の個人番号	マイナンバーをご記入ください。		
	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 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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、厚生労働省の定める者に係るものに限る。)		

該当の疾病にマルをお付けください。

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
	疾病の主治医にご記入をご依頼ください。		
	所在地		
	医師名		印

上記のとおり申請します。

令和 〇年 〇月 〇日

(宛先)所沢市長

住所 所沢市並木1-1-1

申請者 氏名 所沢 太郎

個人番号

(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。