

課長	係長	担当

認定年月日
年 月 日

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	記号番号	天草	認定対象者の氏名	
	個人番号			
	認定対象者の生年月日	年 月 日	世帯主との続柄	
	認定対象者の住所		身障者手帳の交付	
	疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 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Ⅷ因子障害（血友病） 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫性免疫不全症候群（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。）		

医師の意見書	上記疾病により診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 療養取扱機関 所在地 名称 医師名	⑩
--------	----------------------------------------------------------------	---

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所 天草市

個人番号

氏名 (〆 -)

天草市長 様

※ 備考欄	更新	1万円	一般 退職本人 退職扶養
	新規	2万円	
	(新規 転入 社保等より)		
		担当者	