様式第13号（第16条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者記号・番号			
世帯主氏名		生年月日	
認定対象者氏名		生年月日	
		続柄	
認定対象者住所			
疾病の名称	□ 血友病 □人工透析を行う必要のある慢性腎不全 □ 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 療養取扱機関（名　　称） （所　在　地） （電　　話） （医　師　名）		

上記のとおり申請いたします。

世帯主　住　所

氏　名

電　話　（　　－　　－　　）

個人番号 □□□□ □□□□ □□□□