

特定疾病認定申請書

申請者 記入欄	疾病名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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感染をふくみ、血液凝固因子製剤の投与に関する医療を受けている者に係るものに限る。）				
	記号・番号	島84	個人番号			
	認定対象者 氏名		男・女	世帯主との続柄		
	認定対象者 住所	双葉町大字				
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 医師名 ㊟					
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住所 双葉町大字 氏名 ㊟ (電話) 双葉町長 様						
				個人番号		
※支給決定伺	課長	主幹	課長補佐	係長	係	担当
	伺年月日	年 月 日		決裁年月日	年 月 日	
※処理確認	被保険者区分		発効期日		受療証交付年月日	
	1 一般被保険者 2 退職被保険者 3 2の被扶養者		年 月 日から有効		年 月 日交付	

※欄は、申請者は記入しないこと。