

三股町国民健康保険特定疾病認定申請書

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号			
	氏 名		性別	男・女
	生 年 月 日			
	世帯主との続柄			
疾 病 名		・ 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ・ 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害の一部 ・ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		
（特定疾病認定を必要とする意見書） 上記の理由で認定の必要を認めます。 保険医療機関 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 氏名 電話番号 三股町長 様				