

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

令和〇〇年 〇月 〇日

(あて先) 沼津市長

住 所 沼津市〇〇町△△-□

世帯主の氏名 国保 一郎



個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 (マイナンバー)

電 話 〇△□-〇△□-〇△□〇

下記の者が、厚生労働省令に定める特定疾病療養該当者であることを認定願います。

## 記

認定を受けようとする被保険者	被保険者証 記号・番号	一般・退職本人・退職被扶養者
	氏 名	男 ・ 女
	個人番号	
	生年月日	
認定疾病名	<b>医療機関で記入してもらいます</b>	
医師の意見	上記疾病について診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 <span style="float: right;">印</span>	

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、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)