

様式第52号(第50条関係)

決 裁					受 付	年 月 日
					起 案	年 月 日
					決 裁	年 月 日
					完 結	年 月 日
本書のとおり申請がありましたので、認定してよろしいか伺います。						

国民健康保険特定疾病承認申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証の記号・番号		世帯主氏名及び生年月日	年 月 日		
	認定対象者の氏名		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					
	疾病の名称	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Ⅸ因子障害(いわゆる血友病) 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。)				

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					
	名 称					
	医療機関の 所在地					
医師名						
印						

更生医療分	氏名及び生年月日	年 月 日	指定医療機関	氏名又は名称
	公費負担番号 受給者番号			所在地
			決定日	年 月 日

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所  
世帯主  
氏 名

印

下野市長 様