特　定　疾　病　認　定　申　請　書

申請者が記入する欄	被保険者証の記号番号	―
	認定対象者の個人番号	
	認定対象者の氏名	
	認定対象者の生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
	疾　病　名	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 3　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

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。 令和　　年　　月　　日 名　称 医療機関の所在地 医師名

上記のとおり申請します。

（あて先）　川口市長

令和　　年　　月　　日

川口市
住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号

※　この申請書は、川口市役所国民健康保険課に提出してください。
※　申請の際、慢性腎不全に係る更生医療券の提示を行う等により当該疾病にかかっていることが明らかである者については、医師の意見欄は、記入の必要はありません。