決裁区分	課 長	係 長	係 員
丁			

起 案	年 月 日
決 裁	年 月 日

下記のとおり、認定して受療証を交付します。

国民健康保険特定疾病認定申請書										
被保険者等の記号番号	記 号	0 1 -			番 号					
認定を受けようとする 被 保 険 者	氏 名					世 帯 主 との続柄				
	個 人 番 号									
	生 年 月 日					年 月 日				
認 定 傷 病 名	1. 慢性腎不全（人工透析治療を必要とする。） 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. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群									
添付または提示書類										
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住 所 千代田区</p> <p>氏 名</p> <p>個人番号</p> <p>電話番号 ()</p> <p>千代田区長 殿</p>										
医 師 の 意 見 書										
<p>上記の所見を認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>医師 住 所</p> <p>氏 名</p>										

処 理 欄	受付番号	受付年月日	年 月 日	☐ ⑧ 端末入力 ☐ 認定台帳 ☐ 受療証（郵・窓）	確 認 者
	No.	交付年月日	年 月 日		
		適用年月日	年 月 日		