様式第26号（第17条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証記号番号	み加		
認定対象者氏名		性別	
生年月日	年　月　日	世帯主との続柄	
個人番号			
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（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。）		

下欄に医師の証明を受けてください。

※診断書等、疾病にかかっていることを証明する書類が添付されている場合は、記入不要です。

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 医療機関　所在地 名　称 医師の氏名　印 （電話番号　）

上記のとおり申請します。

年　月　日

加美町長　殿

住　所

世帯主氏名

個人番号

申請者氏名

個人番号

（電話番号　）