

特 定 疾 病 認 定 申 請 書				
申 請 者 が 記 入 す る 欄	被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号			
	認定対象者の 氏 名		認定対象の 生 年 月 日	年 月 日
	個 人 番 号			
	疾 病 名	1 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因子障害等 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全		
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 所在地 医師名			
上記のとおり、特定疾病の認定を申請します。 年 月 日 吉見町長 様 住 所 世帯主 氏 名 個人番号 電話番号				

（注） 申請の際、慢性腎不全に係る更正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する必要はありません。