

決 裁	部 長	課 長	係 長	国 保 係	合 議	医療給付係

特 定 疾 病 承 認 申 請 書

世 帯 主 記 入 欄	世帯主の氏名 及び生年月日	(大・昭・平 年 月 日)			被保険者証の 記号番号	—		
	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日	昭 平	年 月 日	世帯主との 続 柄		
	認定対象者の 個 人 番 号							
	認定対象者の 住 所	栃木市 町		丁目	番(地)	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 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 療養取扱機関の 所在地 医師名						
	(印)						

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主住所 栃木市 町

世帯主氏名

栃木市長 あて