様式第８号の４（第２２条の２関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

<table>
<tr><td rowspan="4">認定対象者記入欄</td><td>被保険者証記号番号</td><td>ひな</td><td>国保番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>認定対象者氏名</td><td></td><td>個人番号</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td><td>性別</td><td colspan="3">男・女</td></tr>
<tr><td>疾病名

該当する番号を○で囲むこと</td><td colspan="5">1　人工腎臓を実施している慢性腎不全
2　血漿分画剤を投与している血友病
3　抗ウィ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。）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>医師の意見欄</td><td>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

医療機関の名称
所在地

医師名　　㊞</td></tr>
</table>

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

ひたちなか市長　　殿

住所

世帯主　氏名

電話番号

個人番号			