

受付	リーダー	副課長	課長

様式第22号(第29条関係)

特定疾病認定申請書			
申請者が記入する欄	被保険者 記号・番号	松国一	個人番号
	認定対象者の 氏名		認定対象者の 生年月日
	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 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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、厚生労働省の定める者にかかるものに限る。)	
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 医療機関の 所在地 医師名 (※) 署名又は記名押印		
上記のとおり申請します。			
年 月 日			
東松山市長 宛て			
世帯主 住 所 (届出人) 氏 名 個人番号 電 話			

(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。

市役所 確認欄	本人確認	受付者	入力	確認	受付印
	写あり(免 個 パ 在 他)				
	写なし(保 通 他)				