



# 特定疾病認定申請書

認定対象者	記号・番号		-		・								
	氏名												
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日								
	個人番号												
※担当医の意見	傷病名 ※該当疾病を○で囲んでください	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（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。）											
	療養取扱機関名 および 所 在 地												
	担当医氏名												
	証明年月日	令和	年	月	日								
申請者（世帯主）	上記のとおり申請します。 江戸川区長 殿 令和 年 月 日												
	住所	江戸川区											
	氏名												
	個人番号												
電話番号	( )												

◆発効期日（受療証を使用できるようになる日）は申請のあつた月の1日です。

【ここから下の欄には記入しないでください】

## 受付印・受付者

※担当医の意見がない場合、確認書類を○で囲んでください

- 1 前保険受療証
- 2 身体障害者手帳