

特定疾病認定申請書



◆発効期日（受療証を使用できるようになる日）は申請のあった月の1日です。

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	()											

【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 |