

# 特定疾病認定申請書

長

認定対象者	記号・番号	2	3	-	.							
	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 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 因子障害又は先天性血液凝固第 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	
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）は申請のあった月の1日です。

【ここから下の欄には記入しないでください】

係員	係長	課長

受付

特定疾病療養受療証を受領しました

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

申請場所：江戸川区医療保険課国民健康保険給付係