|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者が記入する欄 | 世帯主氏名及び生年月日 | 昭・平・令　　　年　　　月　　　日 | 被保険者記号番号 |  |
| 認定対象者の氏　名 |  | 認定対象者の生年月日 | 昭・平・令　　 年 　　月 　　日 |
| 認定対象者の個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 世帯主との続　柄 |  |
| 認定対象者の住　所 |  |
| 疾病名 | 1. 血友病
2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全
3. 後天性免疫不全症候群
 |
| 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。　令和　　年　　月　　日医療機関　　名称　　　　　　　　　　　所在地医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

上記のとおり申請します。

　　令和　　　年　　　月　　日

住　　所

世帯主　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

個人番号

電話番号　　（　　　　　　）　　-

亀山市長　様

注）慢性腎不全に係る自立支援医療の受給者証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、当該疾病にかかっていることに関する医師等の意見書の添付は必要ありません。