

## 特定疾病認定申請書

被保険者証 記号・番号	— .
被保険者氏名	
被保険者個人番号	
生年月日	年 月 日
認定疾病名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血友病</li> <li>・ 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症</li> <li>・ 人工透析が必要な慢性腎不全</li> </ul>

上記認定疾病にかかわる医療助成を受けるため、別紙医師の意見書等  
関係書類を添え申請します。

年 月 日

(宛先) 大 田 区 長

申請人 (世帯主)	住 所	大田区		
	氏 名			
	個人番号			
	電話番号			

届出人	氏名			
	世帯主との ご関係		電話番号	

※申請者が世帯主以外の場合、ご記入ください。

### 区担当者記入欄

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード			
身元1点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( )			
身元2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 各種医療受給者証 <input type="checkbox"/> その他( )			