

国民健康保険 特定疾病 認定申請書

(宛先) 東御市長

申請日

年 月 日

申請者(世帯主)

窓口に来た方

住所

氏名

氏名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯主との続柄

電話

下記のとおり申請します。

被保険者の記号番号	とうみ・													
認定申請対象者	氏名							世帯主との続柄	本人・妻・子・他()					
	生年月日	年 月 日						診療開始日	年 月 日					
	個人番号													
特定疾病名	1 人工腎臓(人工透析)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。)													
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。 年 月 日 医療機関の所在地 及び名称 保険医氏名													

※こちらは記載しないでください。

市処理欄	交付年月日		発行期日	
	自己負担限度額		有効期限	