

# 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

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

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。

被保険者証の記号番号	とうみ .												
認定申請対象者	氏名							世帯主との続柄					
	生年月日	昭・平・令	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 (H I V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	