

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

〇〇市長  
〇〇 〇〇 殿

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり申請します。

|                      |       |  |      |
|----------------------|-------|--|------|
| 被 保 険 者<br>記 号 ・ 番 号 |       |  |      |
| 認 定<br>申 請<br>対 象 者  | 氏 名   |  | 個人番号 |
|                      | 生年月日  | 年 月 日  |      |
|                      | 疾 病 名 | 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>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<br>先天性血液凝固第IX因子障害<br>3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 |      |

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 医 師<br>の<br>意<br>見<br>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。<br><br>年 月 日<br><br>名 称<br>医療機関の 所在地<br>医師名 |
|-------------------------|---|

|     |      |  |  |
|-----|------|--|--|
| 処理欄 | 認定等  | イ 市町村民税非課税証明書<br>ロ 保護申請却下通知書<br>ハ 公簿 ( )<br>ニ 却下 (理由 ) | 受付番号 (第 号)<br>交付番号 (第 号)<br>認定等年月日<br>令和 年 月 日 |
|     | 所得区分 | ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ                                      |  |