

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

|                                                     |      |                                                                                                                                |         |  |
|-----------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|
| 被保険者記号・番号                                           |      | 幡 15 -                                                                                                                         |         |  |
| 認定を受けようとする被保険者                                      | 氏 名  |                                                                                                                                | 世帯主との続柄 |  |
|                                                     | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日                                                                                                                    | 個人番号    |  |
| 認定を受けようとする被保険者の疾病名<br>(1から3の疾病名に該当する数字に○印をつけてください。) |      | 1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害<br>2 人工腎臓を実施している慢性腎不全<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(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。) |         |  |

|                                     |      |             |     |       |
|-------------------------------------|------|-------------|-----|-------|
| 疾 病 に か か っ て い る こ と に 関 す る 意 見 書 |      |             |     |       |
| 受 療 者                               | 氏 名  |             |     |       |
|                                     | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 疾 病 名                               |      |             |     |       |
| 診 療 開 始 日                           |      | 年 月 日       |     |       |
| 病状の状況等医師の意見                         |      |             |     |       |
| 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                            |      |             |     |       |
| 医療機関の 名 称                           |      |             |     |       |
| 医 師 名                               |      |             |     |       |
| 電 話                                 |      |             |     |       |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

世帯主名

個人番号

電 話

八幡市長 様

|    |  |         |
|----|--|---------|
| 受付 |  | □個人番号確認 |
|----|--|---------|