

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の記号番号	記号	御	番号									
認定を受けようとする被保険者の氏名、生年月日及び個人番号		氏名	男・女									
		生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日生								
		個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>									
特定疾病名（該当する番号に○印を付してください）	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血友病（血しょう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											
国民健康保険法施行規則第27条の13により上記のとおり申請いたします。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 世帯主 住所 御宿町 氏名 ㊟ 個人番号 電話番号 御宿町長 あて </div>												
<h2 style="margin: 0;">証 明 書</h2>												
上記 は { <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 10px;">1</td> <td>人工腎臓を実施している慢性腎不全</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>血友病（血しょう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）</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群</td> </tr> </table> } で 治療していることを証明いたします。					1	人工腎臓を実施している慢性腎不全	2	血友病（血しょう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		
1	人工腎臓を実施している慢性腎不全											
2	血友病（血しょう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											
<div style="text-align: center;"> 年 月 日 所在地 医療機関の 名称 医師又は歯科医師名 ㊟ </div>												

※処理欄

番号確認：番号カ・通知カ・住民票・他()	
身分確認：(1点)番号カ・免・旅券・他()	
(2点)通知カ・保・他()	