

国民健康保険特定疾病認定申請書

（あて先）塩尻市長

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

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

電 話

世帯主
との続柄

次のとおり申請します。

被保険者 記号・番号																																	
認定申請 対象者	氏 名							世帯主との続柄																									
	生年月日	年 月 日			診療開始日	年 月 日																											
	個人番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																															
特定疾病名	<p>1 人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全</p> <p>2 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</p> <p>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。）</p>																																
医師の意見欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の所在地 及び名称</p> <p>保険医氏名</p>																																

市処理欄	交付年月日			発行期日		
	自己負担限度額			有効期限		