

(第13条関係)

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 帶 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	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
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（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。）										
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										

市処理欄	交付年月日		発行期日	
	自己負担限度額		有効期限	