

(第 1 3 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 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													
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 (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。)													
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	