（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）

住　所

氏　名

個人番号

電　話

窓口に来た方

※世帯主の場合、記入は不要です。

氏　名

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因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 ３　血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等			
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	