

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者記号・番号	—		
認定を受けようとする被保険者の氏名、個人番号及び生年月日	氏名		
	個人番号		
	生年月日	年	月 日
国民健康保険法施行令第29条の2第8項の規定による特定疾病名(該当する番号に○印を付けてください。)	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 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。)		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日  住所 氏名 世帯主 個人番号 電話 ( )  (宛先) 八千代市長			
証 明 書			
上記	は、	① 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ② 血友病(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 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。)	で治療している
上記を証明します。 令和 年 月 日  医療機関 所在地 名称  医師名			

注 更正医療券を持参された方は、証明書欄の記載は必要ありません。

決 裁	課長	補佐	副主幹	主査	担当	確認及び処理欄				
						保険証		更正医療券等		
						交付年月日	令和	年	月	日
						発効期日	令和	年	月	日
						区分	ア・イ・ウ・エ・オ・前高			
	令和 年 月 日					限度額	1万円 ・ 2万円			