

国民健康保険特定疾病認定申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	2 1 — (枝番)		
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 (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。)		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住 所 世帯主 氏 名 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 (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。) で治療していることを証明します。 令和 年 月 日 医療機関 所在地 名称 医師名			

注 更生医療券を持参された方は、証明書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			
						本 人 確 認		更生医療券等	
						交付年月日	令和 年 月 日		
						発行期日	令和 年 月 日		
						区 分	ア・イ・ウ・エ・オ・前高		
					限 度 額	1 万円 ・ 2 万円			