

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

愛川町長 殿

住所

申請者
(世帯主) 氏名

電話

個人番号

上記のとおり申請します。

被保険者証	記号	64	番号		
認定対象 被保険者	氏名				
	個人番号				
	生年月日 (和暦)	年 月 日			
	疾病の名称	1 人工腎臓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 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			
備考					

(注) 上記疾病にかかっていることに関する医師又は歯科医師の意見書、その他当該疾病にかかっていることを証する書類を添付してください。

決 裁	課長	主幹	副主幹	認 定	疾病名	1 ・ 2 ・ 3	
					発効期日	年 月 日	
	班員		主任		添付書類	<input type="checkbox"/> 医師又は歯科医師の意見書 <input type="checkbox"/> 更正医療券 <input type="checkbox"/> その他	
	右のとおり認定し、 受療証を交付してよろしいでしょうか。				受療証 交付年月日	年 月 日	
	年 月 日						
資 格				番号確認	通・個・住・公・他 ()		
○ 一 般 被 保 険 者				身元確認	免・パ・個・住・在・他 ()		
○ そ の 他 ()					来庁者() (No.)		