

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

豊田市長 様

※太枠の中のみ記入してください。 申請年月日                      年           月           日

申 ( 世 帯 主 者)	住 所	豊田市											
	氏 名						電 話	-					
	個人番号												個人コード

下記のとおり申請します。

世 帯 主 が 記 入 す る 欄	被 保 険 者 の 個 人 番 号											個人コード		
	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	-												
	認 定 対 象 者 の 氏 名													
	認 定 対 象 者 の 生 年 月 日												世 帯 主 と の 続 柄	
	疾 病 名	1.人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2.血友病 3.抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (該当する疾病名に○をつけてください)												

医 師 の 意 見 欄	<p style="text-align: center;">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年           月           日</p> <p style="text-align: center;">医療機関    名 称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>
----------------------------	--

長期開始年月日										
処 理 欄	(窓口に来た人)	(続柄)		判定所得	円	受付				
	本人確認			限度額	1万円 / 2万円					
	1点: 免・個・在・身・他 ( )			市民税	課税 / 非課税	確認				
	2点: 他 ( )				無申告					