

# 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 西町3丁目60番地											
	氏名	〇〇 〇〇			電話	〇〇 - 〇〇〇〇							
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2

携帯番号も可

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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	個人コード
	被保険者記号・番号	〇〇〇			—			〇〇〇〇						
	認定対象者の氏名	〇〇 〇〇												
	認定対象者の生年月日	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	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	名称
		所在地
		医師名

長期開始年月日		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	