

国民健康保険特定疾病認定申請書
Requerimento de Certificado de Qualificação de Doença Específica

豊田市長 様

※Preencher apenas os quadros em negrito.

Dados do Chefe de Família	申請年月日 Data de solicitação	年	月	日	(A/M/D)
----------------------------------	------------------------------	---	---	---	---------

申 請 者 (世 帯 主)	住所 Endereço	Toyota-shi				
	氏名 Nome				電話 Tel.	-
	個人番号 Nº. Individual					個人コード

下記のとおり申請します。

世 帯 主 が 記 入 す 欄 Preenchido pelo Chefe de Família	被保険者の個人番号 Nº. Individual do Segurado							個人コード	
	被保険者記号・番号 Nº. de Segurado	-							
	認定対象者の氏名 Nome do Beneficiário								
	認定対象者の生年月日 Data de nascimento do Beneficiário				年	月	日	(A/M/D)	世帯主との続柄 Grau de parentesco com o Chefe de Família
	疾病名 Nome da Doença	1. Insuficiência Renal Crônica com necessidade de tratamento dialítico 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. Hemofilia 血友病 3. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) 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) (Circular a alternativa correspondente)							

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	