

国民健康保険特定疾病認定申請書

国民健康保険特定疾病認定申請書

豊田市長 先生 豊田市長 様

※请只填写粗框内的内容。

太枠の中のみ記入してください。

申請年月日 申請年月日 年 月 日

戸主 世帯主	住 址住所	豊田市 豊田市				
	姓 名氏名				电 话 電話	—
	个人号码 個人番号					個人コード

进行如下申请。下記のとおり申請します。

戸主 填 写 栏 世帯主 が 記 入 す る 欄	被保険者の个人号码 被保険者の個人番号						個人コード
	被保険者の记号・号码 被保険者記号・番号	—					
	认定対象者の姓名 認定対象者の氏名						
	认定対象者の出生年月日 認定対象者の生年月日		年	月	日	与戸主的 亲属关系 世帯主との続柄	
	疾 病 名 疾病名	1. 有必要进行人工透析治疗的慢性肾不全 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病 血友病 3. 服用抗病毒性药剂的后天性免疫不全症候群 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (请在该当的疾病名处画上○ 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	