

Application Form for Qualification of National Health Insurance for Specified Disease
国民健康保険特定疾病認定申請書

豊田市長 様

※Please only fill the boxes in bold.		Date of Application 申請年月日		年 月 日 (year/month/day)	
Applicant (Householder) (世帯主) (申請者)	Address 住所	Toyota-shi			
	Name 氏名			Tel 電話	-
	My Number 個人番号			個人コード	

I apply as described below. 下記のとおり申請します。

世帯主が記入する欄 Column filled by householder	被保険者の個人番号 My number of Insured Person				個人コード	
	被保険者記号・番号 Insured Person's Number	-				
	認定対象者の氏名 Name of Beneficiary					
	認定対象者の生年月日 Beneficiary's Date of Birth (year/month/day)	Year 年	Month 月	Day 日	世帯主との続柄 Relationship with the	
	Disease Name 疾病名	1. Chronic Kidney Disease which require dialysis 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. Hemophilia 血友病 3. Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV) 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) (Please mark a circle on the disease applicable)				

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	判定所得	円	受付
処理欄 (窓口に来た人) 本人確認 1点: 免・個・在・身・他 () 2点: 他 ()	(続柄)	限度額	1万円 / 2万円	確認
		市民税	課税 / 非課税 無申告	