

国民健康保険特定疾病認定申請書

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

豊田市長 様

申請者 住所 豊田市西町 3 - 6 0
氏名 豊田 太郎 個人番号 123456789012
電話番号 3 4 - 6 6 3 7

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		1 2 3 - 4 5 6 7	
認 定 申 請 対 象 者	氏 名	豊田 花子	個人番号 210987654321
	生年月日	〇〇 年 〇〇月 〇〇 日	
	疾 病 名	<div>1 人工腎臓を実施している慢性腎不全</div> <div>2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害</div> <div>3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群</div>	

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
	名 称
	医療機関の所在地 医師名

医療機関の記載が必要

処 理 欄	認 定 等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号（第 号）
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号（第 号）
		ハ 公簿（ ）	認定等年月日
	ニ 却下（理由 ）	年 月 日	
所得区分		ア・イ・ウ・エ・オ	