

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3-60
氏名 豊田 太郎 個人番号 123456789012
電話番号 34-6637

下記のとおり申請します。

被保険者 記号・番号	123-4567		
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	<p>1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群</p>		

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 医療機関の記載が必要 名称 医療機関の所在地 医師名	
--------	--	--

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	