

Solicitação de Certificado de Doença Específica ao Seguro Nacional de Saúde

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日 (AA/MM/DD)

Exmo. Sr. Prefeito de Toyota 豊田市長 様

Solicitante 申請者

Endereço 住所 _____

Nome 氏名 _____ My Number 個人番号 _____

Telefone 電話番号 _____

Solicito o Certificado conforme descrição abaixo. 下記のとおり申請します。

| | | | | |
|--|-----------------------|--|-------------------|--|
| Nº de segurado 被保険者記号・番号 | | | | |
| Beneficiário 受益者 氏名 生年月日 疾病名 | Nome 氏名 | | My Number 個人番号 | |
| | Nascimento 生年月日 | 年 月 日 (AA/MM/DD) | | |
| | Nome da doença 疾病名 | 1 Insuficiência renal crônica tratada com hemodiálise 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 Hemofilia A ou B tratada com produtos de fração plasmática 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 Síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV) tratada com antivirais 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 | | |

| | | | |
|--------|---------------------------|--|--|
| 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 | | |

| | | | |
|------|-----|---------------|-----------|
| 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 | |