

様式第11号

## 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			
被 象 對 證 申 定 認 Beneficiário	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)
		口 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	