

様式第 1 1 号

Seguro Nacional de Salud

Solicitud de certificación de enfermedades específicas

国民健康保険特定疾病認定申請書

年

月

日 (año/mes/día)

Al Sr. Alcalde de la ciudad de Toyota 豊田市長 様

Solicitante 申請者

Domicilio 住所

Nombre 氏名 N.º personal (My Number) 個人番号

N.º de teléfono 電話番号

Solicito la certificación de enfermedad específica, de conformidad con la información detallada a continuación.下記のとおり申請します。

N.º de asegurado 被保険者記号・番号			
<div> <div>受益者氏名</div> <div>Beneficiario</div> </div>	Nombre 氏名		N.º personal (My Number) 個人番号
	Fecha de nacimiento 生年月日	(año/mes/día) 年 月 日	
	Nombre de la enfermedad 疾病名	<div> <div>1. Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis</div> <div>人工腎臓を実施している慢性腎不全</div> <div>2. Hemofilia A o B en tratamiento con productos derivados del plasma</div> <div>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. SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) en tratamiento con antirretrovirales</div> <div>抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群</div> </div>	

<div> <div>医師の意見欄</div> </div>	<div>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</div> <div>年 月 日</div> <div>名 称</div> <div>医療機関の 所在地</div> <div>医師名</div>
--------------------------------	--

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