

様式第11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			
Beneficiario 申請対象者 認定申請者	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	1. Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. Hemofilia A o B en tratamiento con productos derivados del plasma 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. SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) en tratamiento con antirretrovirales 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	