

様式第 1 1 号

国民健康保険特定疾病認定申請書

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

丰田市長 先生 豊田市長 様

申請者 申請者 住址 住所 _____

姓名 氏名 _____ 個人号码 個人番号 _____

电话号码 電話番号 _____

进行如下申请。下記のとおり申請します。

被保険者証 记号・号码 保険者記号・番号				
認定 申請 対象 者	姓 名 氏名		個人号码 個人番号	
	出生年月日 生年月日	年 月 日		
	疾 病 名 疾病名	1 正在进行人工肾透析的慢性肾功能衰竭（慢性腎不全） 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血友病 A 或 B 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 正在服用抗病毒性药剂的后天性免疫不全症候群（HIV） 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 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿（ ） ニ 却下（理由）	受付番号（第 号） 交付番号（第 号） 認定等年月日 年 月 日
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ	