

様式第11号

## 国民健康保险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

丰田市长 先生 豊田市長 様

申請者 申請者 住 所 住所 \_\_\_\_\_

姓 名 氏名 \_\_\_\_\_ 个人 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。

被保险者证 記号・号码 保険者記号・番号				
认 定 定 申 请 対 象 者 者	姓 名 氏名		个人 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	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	