

様式第11号

**National Health Insurance**  
**Application for Certification of Specified Diseases**  
 国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日 (year/month/day)

To the Mayor of Toyota City 豊田市長 様

Applicant 申請者

Address 住所 \_\_\_\_\_

Name 氏名 \_\_\_\_\_ My Number 個人番号 \_\_\_\_\_

Phone number 電話番号 \_\_\_\_\_

I hereby apply as follows. 下記のとおり申請します。

Insured person code/No. 被保険者記号・番号			
Qualifying applicant 認定申請対象者	Name 氏名		My Number 個人番号
	Date of birth 生年月日	(year/month/day) 年 月 日	
	Name of disease 疾病名	1. Chronic renal failure requiring artificial kidney treatment (hemodialysis) 人工腎臓を実施している慢性腎不全	
		2. Congenital coagulation factor VIII deficiency (Hemophilia A) or congenital coagulation factor IX deficiency (Hemophilia B) requiring treatment with plasma-derived products 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. Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) receiving antiretroviral therapy 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
二 却下 (理由 )		年 月 日	
所得区分		ア・イ・ウ・エ・オ	