

国民健康保険特定疾病認定申請書

| | | | | |
|---------------------------------------|----|----|---|--------|
| 被保険者証の 記号番号 | 記号 | 76 | 番号 | |
| 認定を受けようとする 被保険者の氏名及び 生年月日及び個人番号 | | | 氏名 | 男・女 |
| | | | 生年月日 | 年 月 日生 |
| | | | 個人番号 | |
| 傷病名 | | | 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 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（血友病） 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 （H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者） | |

国民健康保険法施行規則第27条の13第1項により上記のとおり申請いたします。

年 月 日

世帯主 住所 大網白里市

氏名 ㊟

大網白里市長 様

証 明 書

上記 は

- 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全
- 2 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（血友病）
- 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者）

で治療していることを証明いたします。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

医師又は歯科医師名 ㊟

（更生医療券を持参された方は証明書の記載は必要ありません。）

| | | |
|-----|-------|-----|
| 決 裁 | | |
| 課 長 | 副 課 長 | 班 長 |
| | | |

| | | |
|-------------|-------|----------------|
| 自己負担 限度額 | 1 万 円 | ウ、エ、オ 70歳以上 |
| | 2 万 円 | ア、イ |

伺) 別添のとおり 特定疾病療養受療証を交付してよろしいか伺います ㊟

| |
|--------|
| 公印使用確認 |
| |