

認定を受けられる方の氏名・個人番号などについて記入してください。

国民健康保険特定疾病認定申請書

認定を受け る方	氏名											記号 番号	78-											
	個人番号																							
	生年月日	昭和 平成							年				日生	年				年齢				性別	男・女	組合員 との続柄

療養取 扱機 関証 明欄	疾病名																							
	医師意見欄	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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に係るものに限る。)																						
	上記のとおり、診療を受けていることを証明します。 平成 年 月 日																							
	医療機関名：										印												
所在地：																							
医師名：										Ⓜ	電話番号：											
◎療養機関へのお願 「医師意見欄」は、傷病名に関して該当するものの□に「✓点」を記入してください。 なお、申請書は、「保険医療機関及び保険医療担当規則第6条」の規定を受けるものです。																								

治療を受けられている医師の署名を・捺印を事前に受けてください。

申請する 人(組合員)	「個人情報(含、特定個人情報)の取扱いについて」を確認し同意のうえ、 病の認定を申請します。 平成 年 月 日																						
	組合員が署名・捺印してください。個人番号の記入もお願いします。連絡先電話番号は書類不備などの際に必要となりますので記入してください。										〒 住所：..... 申請者(組合員)氏名：..... 個人番号 [.....] 電話番号：自宅 (.....) 勤務先 (.....)												
	東京食品販売国民健康保険組合 殿																						

処理欄	発効年月日	平成 年 月 日	台帳処理	平成 年 月 日
	交付年月日	平成 年 月 日	自己負担限度額	1万円・2万円
	対象被保険者 取得年月日	昭和 平成 年 月 日	課税証明書枚数	世帯員数 名 枚
	備考			

決済欄	主管部長	主管課長	係	処理入力	確認

