

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	月	日生	年齢	歳	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： ()																				
◎療養機関へのお願い 「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。																				

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、上記のとおり特定疾病の認定を申請します。 〒 平成 年 月 日 住所：																																						
	申請者(組合員)氏名： ⑩ 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																						
	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

