23260

国民健康保険　　特定疾病　認定申請書

この申請書は、人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全、先天性血液凝固因子障害の一部、血液凝固因子製剤の投与に起因するＨＩＶ感染症の場合に、自己負担限度額の区分を証明する「特定疾病療養受療証」の交付申請手続きに使用します。

＜療養を受ける方＞（国民健康保険の被保険者）

フリガナ		生年月日	
氏名		個人番号	
続柄	世帯主から見て	被保険者番号	

＜療養の内容＞

疾　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 ３．抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 （HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る）
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 医療機関の　名称 所在地 医師名

※特定疾病の資格取得は申請のあった月の初日からとなります。

＜申請者＞（国民健康保険の世帯主）

見附市長　様　　（申請日）　　年　　月　　日

上記のとおり申請します。

フリガナ		個人番号	
氏名	署名	電話番号	－　　－
住所	（建物名等）		

見附市使用欄

本人確認	提出方法	確認事項		決裁	課　長	課長補佐	係　長	係
①番・免・パ・手帳 他（　　） ②証・年金・児童 バス・社員・学生 他（　　） ③ヒア	□世帯主 □員（　　） □同住（　　） □代理人 代理権確認手段 保険証・委任状 他（　　） □郵送	発行期日 年　月　日 有効期日 年　月　日 自己負担区分 １万円　・　２万円	添付書類 □更正医療券 □その他 （　　）					
				国保番号				
				宛名番号				