

国民健康保険特定疾病認定申請書

この太枠の中を記入してください

令和〇年 〇〇月 〇〇日

四街道市長
鈴木 陽介 様

申請者 住所 四街道市鹿渡〇〇番地〇〇

氏名 四街道 太郎 個人番号

電話番号 000-000-0000

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	54 - 00000000		
認 定 申 請 対 象 者	氏 名	四街道 太郎	個人番号
	生年月日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	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 因子障害等 ③ 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
	証明書等がない場合、 医師に記入を依頼してください 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 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)	受付番号(第 号) 交付番号(第 号) 認定等年月日 令和 年 月 日
	所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	