PDF

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	S・H・R　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	□ 人工腎臓を実施している慢性腎不全 □ 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 □ 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。）

上記のとおり、診療を受けていることを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名：

所　在　地：

医　師　名：　　㊞　　電話番号：　　（　　）

印

◎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。

令和　　年　　月　　日

〒

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	年　月　日	台帳処理	年　月　日
交付年月日	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	S・H・R　年　月　日	課税証明書枚数	世帯員数　　名　　枚
備　　考			

決裁欄	主管部長	主管課長	係	処理入力	確　認

受付印