

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	<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 <small>(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。)</small>																				
	<p>上記のとおり、診療を受けていることを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関名：..... 印</p> <p>所在地：.....</p> <p>医師名：..... 電話番号：..... ()</p> <p>◎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。</p>																					

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。																					
	<p>令和 年 月 日 住所：..... 〒.....</p> <p>申請者(組合員)氏名：..... ⑧</p> <p>個人番号 <input type="text"/></p> <p>電話番号：自宅 ()</p> <p>勤務先 ()</p>																					
	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			

決済欄	主管部長	主管課長	係	処理入力	確認

