

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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 住所：..... 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 申請者(組合員)氏名：..... ⑩ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 <table border="1"><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><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 | 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 |
| | | | | | |

