

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

(世帯主) 住 所 岡崎市

氏 名

マイナンバー (個人番号)

(電話)

次のとおり申請します。

世帯主が記入する欄	被保険者証記号番号	-						
	認定対象者の氏名							
	マイナンバー (個人番号)							
	認定対象者の生年月日	S・H・R	年	月	日	世帯主との続柄		
	疾 病 名	1 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 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含む。)						

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						
	名 称						
	医療機関の 所在地						
医師名							
印							

※ 3の疾病の申請には、血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症であることが確認できる書類（裁判による和解調書の抄本・通知書の写し）を添付すること。
[この場合、医師の意見欄の記載は要しない。]

起案年月日		課 長	副課長	係 長	主任主査	担 当
決裁年月日						
施行年月日						

受付	入力	審査	決定	番号確認	本人確認	受 付 印
				個人番号カード	運免 在留 障手 パスポート	
				通知カード	住基カ(写有) 他 ()	
				住民票 公簿	年手 保険証 医療受給証	
				住基カ(写無) 他 ()		
				学生証 他 ()		