

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 岡 崎 市 長

(世帯主) 住 所 岡崎市 十王町2丁目9番地

氏 名 国保 黒松

個人番号 国保 黒松 の マイナンバー

(電話 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇)

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	1234 - 5678			
	認定対象者の氏名	国保 黒松			
	個人番号	国保 黒松 の マイナンバー			
	認定対象者の生年月日	S・H・R〇〇年〇〇月〇〇日	世帯主との続柄	本人	
	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	こちらは医師記入欄です。				
	医療機関の所在地					
	医師名					

※ 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						

該当する疾病の番号へ〇を記してください。