

# 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.....

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 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 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 (血友病) 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							

※ 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。 ]

受付	入力	審査
----	----	----

番号確認	本人確認
マイナンバーカード	マイナンバーカード 運免 在留 障手
通知カード	パスポート 他 ( )
住民票 公簿	年手 資格確認書等 医療受給証
	他 ( )
	学生証 他 ( )

受 付 印

届出人署名
-------