

記載例

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 世帯主の住所

氏 名 世帯主の氏名

個人番号 世帯主のマイナンバー

(電話 〇〇〇〇－ 〇〇－ 〇〇〇〇)

こちらから連絡させていた
だく場合がありますので、
連絡の取りやすい電話番号
をご記入ください。

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	1234 - 5678		
	認定対象者の氏名	認定を受けるかたの氏名		
	個人番号	認定を受けるかたのマイナンバー		
	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、妻等
	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。）		

該当する番号に○を付けてください。

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。]

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

申請書を記載されるかたの氏名