

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の記号番号	記号	御	番号						
認定を受けようとする被保険者の 氏名、生年月日及び個人番号		氏名							男・女
		生年月日	昭和・平成 年 月 日生						
		個人番号							
特定疾病名（該当する番号に○印 を付してください）		1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血友病（血しょう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） 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群							
国民健康保険法施行規則第27条の13により上記のとおり申請いたします。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">世帯主 住所 御宿町</div> <div style="text-align: right;">氏名 ㊟</div> <div style="text-align: right;">個人番号</div> <div style="text-align: right;">電話番号</div> 御宿町長 あて									
<h2 style="margin: 0;">証 明 書</h2> <p>上記</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> { <div style="flex-grow: 1;"> <p>は</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血友病（血しょう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） 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 </div> } で </div> <p>治療していることを証明いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <div style="text-align: right;">所在地</div> <div style="text-align: right;">医療機関の</div> <div style="text-align: right;">名称</div> <div style="text-align: right;">医師又は歯科医師名 ㊟</div>									

※処理欄

番号確認：番号カ・通知カ・住民票・他()
 身分確認：(1点)番号カ・免・旅券・他()
 (2点)通知カ・保・他()