

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

阿南市長 殿

住 所 阿南市 町

世帯主 氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電 話

—

下記のとおり申請します。

申請者が記入する欄	被 保 険 者 記 号 番 号	阿 南											
	認定対象者の氏名									世帯主との続柄			
	個 人 番 号												
	認定対象者の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日											
	疾 病 名	1 人工腎臓(人工透析)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 3 その他											

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。											
	令和 年 月 日											
	保険医療機関の名称											
	所在地											
	医師の氏名											

発行期日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日	交付年月日	令和 年 月 日	
疾病の確認	☐ 今まで使用していた特定疾病療養受療証 ☐ 医師の診断書 ☐ その他				自己負担 限度額	1万円 2万円

決 裁 欄	課 長	課長補佐	係 長	入 力	申告確認	確 認 方 法	個 人 番 号 記 載	受 付 印
						運転免許証 個人番号カード その他 []	有 無	