

国民健康保険特定疾病認定申請書

認定を受けようとする被保険者の欄									
被保険者氏名	生年月日	性別	被保険者証番号						
	昭・平・令 年 月 日	男 女	岡3						
個人番号									
認定を受けようとする疾病の名称	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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感染を含み、厚生大臣の定める者に係るものに限る。）								
医師の意見書									
上記のとおり、現在加療中であることを証明します。 令和 年 月 日 医療機関名 所在地 医師名 ㊟									
療養取扱機関へのお願い ◎この意見書は、保険給付請求のためですので、無償で交付をお願いいたします。									

上記のとおり、特定疾病の認定を受けたく申請します。

令和 年 月 日

津山市長 殿

住所 津山市 _____

世帯主名 _____ ㊟

(世帯主署名のみ又は届出代理人による記名・押印)

個人番号

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

交付年月日	令和 年 月 日	発効期日	令和 年 月 日
喪失年月日	令和 年 月 日	喪失事由	

受付区分					受付	備考
加茂	阿波	勝北	久米	本庁		