

国民健康保険特定疾病認定申請書

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	茂 ー										
対 象 者 氏 名	男 女				生 年 月 日			年 月 日			
個 人 番 号											

住 所											
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医 師 の 意 見 欄	傷 病 名 (厚生労働大臣指定の特定疾病に限る)	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 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、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る）									
----------------------------	-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 医療機関 名称 所在地 医師名 </div>										
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記のとおり、特定疾病療養受療証の交付を申請します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 (あて先) 茂 原 市 長 住所 氏名 申請者 個人番号 電話 </div>											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

処 理 欄	受 付	年 月 日	決 裁 (認 定) 日	年 月 日	
	交 付	年 月 日	有 効 期 間	年 月 日	
	台帳記載	年 月 日	備 考		
	人 工 透 析 判 定				
	70歳未満	該 当 ・ 不 該 当			
	負担限度額	1万円・2万円			

給付区分入力（未・済）