

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		茂							一般・退職
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	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							
	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 医療機関 名称 所在地 医師名 ㊟								
上記のとおり、特定疾病療養受療証の交付を申請します。 令和 年 月 日 (あて先) 茂 原 市 長 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> 住所 氏名 ㊟ 申請者 個人番号 電話 </div> </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）