

国民健康保険特定疾病認定申請書

(宛先) 茂原市長		被保険者記号・番号		茂		—	
対象者氏名		生年月日	年		月	日	
		個人番号					
疾 病 名	※ 該当する番号に○印を付してください。 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（HIV 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。	
	年 月 日	
	保険医療機関 所在地	
	名 称	
	医師の氏名	

上記のとおり申請します。		年 月 日	
申 請 者	住所		
	氏名	電話番号	()
		個人番号	

< 茂原市使用欄 >

処 理 欄	受 付 年 月 日	受 付	交 付	70 歳未満	負担限度額			
				該当 ・ 非該当	1 万円 ・ 2 万円			
確 認 欄	本人確認	資格確認書 番号カード 免許 旅券 障害手帳 在留カード その他 ()						
	代理権確認	委任状 資格確認書 その他 ()						
備考 ()				決 裁	課長	補佐	係長	係員
確認事項 マイナ保険証利用登録 (有 ・ 無)								