

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証 記号番号			
(ふりがな) 認定を受けようとする被保険者の氏名	生 年 月 日		
	昭和・平成	年 月 日生	
個人番号			
疾 病 名			
1 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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因子障害等 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 書			
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 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">医療機関 名称</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">所在地</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">医師名</div>			
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 笛吹市長 殿 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">世帯主住所</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">世帯主氏名</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">個人番号</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">電話番号</div>			

番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他 ()
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 ()

受付	交付