

国民健康保険特定疾病認定申請書

茨城県常総市長

神達 岳志 殿

令和 年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____ 個人番号 _____

電話番号 _____

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 号 ・ 番 号		常 総	
認 定 申 請 対 象 者	氏 名		個 人 番 号
	生 年 月 日		
	疾 病 名	人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 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	

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
	名 称
	医療機関の 所 在 地
	医 師 名

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 保護申請却下通知書 ハ 公簿 () ニ 却下 (理由)	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 年 月 日
	所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	