

特定疾病認定申請書 記入例 (被保険者用)

赤字部分をご記入ください。

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~~

窓口でご記入いただくため、日付は記入しないでください。

申請者 住所 常総市〇〇町 1234 - 5

氏名 東西 太郎

個人番号

電話番号 012-3456-7890

下記のとおり申請します。

被保険者 記号・番号	常総 012345			
認定申請 対象者	氏名	東西 太郎	個人番号	
	生年月日	〇年〇月〇日		
	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		

資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号をご記入ください。

該当する疾病名に○

申請者の印鑑
(捨印)

印

医師の 意見欄	医師記入
------------	------

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明 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	

記入不要