

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

土浦市長

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<br>記号・番号 | 土浦   |  |      |
| 認定申請<br>対象者   | 氏名   |  | 個人番号 |
|               | 生年月日 |  |      |
|               | 疾病名  | 1 人口腎臓を実施している慢性腎不全<br>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<br>先天性血液凝固第IX因子障害<br>3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 |      |

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| 医師の<br>意見書 | 上記のとおり診療を受けていることに相違はありません。 |
|            | 年 月 日                      |
|            | 名 称                        |
|            | 医療機関の所在地                   |
|            | 医師名                        |

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