様式第２１号の４（第３２条の２関係）

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。

被保険者記号・番号		土浦		
認定申請対象者	氏名		個人番号	
	生年月日			
	疾病名	1　人工腎臓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		

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	