

【申請書記入例】

国民健康保険特定疾病認定申請書

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

福島市長

住所 **福島市五老内町3番1号**

世帯主 氏名 **福島太郎** (福島印)
(電話番号 **024 - 525 - 3773**)

次のとおり申請します。

申請者記入欄	被保険者証記号番号	島 1	0	0	0	0	0	0	
	被保険者氏名	福島太郎			被保険者区分	1 一般 2 退職本人 3 退職被扶養者			
	世帯主との続柄	本人			性別及び生年月日	(男) 昭平 22 年 2 月 22 日			

医師の意見欄	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因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(血友病) 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感染をふくみ、血液凝固因子製剤の投与に関する医療を受けている者に係るものに限る。)※注							
	診療開始日	平成 年 月 日							
	意見	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 平成 年 月 日 名称 保険医療機関 所在地 医師名							

※注 疾病名3の申請の際は、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症であることが確認できる書類(裁判による和解調書の抄本・通知書の写し等)を添付すること。

《市処理欄》

発行期日	平成 年 月 日から有効	上記の申請について、国民健康保険特定疾病を認定し、受療証を交付してよいかどうか伺います。
所得区分	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 上位	
起案年月日	平成 年 月 日	
認定年月日	平成 年 月 日	
交付年月日	平成 年 月 日	
備考	添付書類	<input type="checkbox"/> 他保険者の受療証 <input type="checkbox"/> その他()
	受付	国保年金課 ()支所・出張所

- 提出日を記入してください。
- 世帯主の住所・氏名・電話番号を記入し、押印してください。
- 被保険者証記号番号、認定を受けるかたの氏名、世帯主との続柄、性別及び生年月日を記入してください。
- 医療機関より医師の証明をいただってください。
 ※ 以前加入していた健康保険で認定を受けていたかたは、証明は不要です。前保険の受療証の原本を申請時にお持ちください。
 ※ 疾病名3に該当する場合は、書類等の添付が必要になりますので、ご注意ください。なお、本庁のみの受付になります。