

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

福島市長

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住所

世帯主

氏名

(電話番号 - -)

次のとおり申請します。

申請者記入欄	被保険者記号・番号	島1																
	被保険者の個人番号・氏名																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																生年月日	昭・平・令 年 月 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因子障害又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感染を含み、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・令和 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。 令和 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	令和 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伺います。						
所得区分	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 上位	決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	担当者	
起案年月日	令和 年 月 日							
認定年月日	令和 年 月 日							
交付年月日	令和 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			