

国民健康保険特定疾病認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者	記号・番号	和国	受付日	令和 年 月 日
	認定をうけ ようとする 被保険者	氏 名			
		生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
		個人番号			
	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（厚生労働大臣が定める者に限る）			

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日
申請人（世帯主） 住 所 _____

氏 名 _____

個人番号 _____

(来庁者氏名 _____) 続柄 _____

和泉市長 あて

医 師 の 意 見 欄	意 見 書	
	患 者	住 所 _____
		氏 名 _____
		昭和・平成・令和 年 月 日生
	疾 病 名 _____	
	上記病名にて診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日	
	医療機関の名称 _____	
	所在地 _____	
	医師名 _____ 印	

保険者確認欄	< 受付時確認 >	☐ 病 名 (慢性腎不全等)	☐ 高齢・血友病・HIV いずれか (上位でも1万円適用)
		☐ 医療証の有無 (未申請の場合障がい福祉課案内)	☐ 70歳以上の有効期限
		☐ 滞納の確認 (担当者 _____)	☐ 確認書類 (マイナンバーカード・運転免許証・その他 (_____))
< 主 担 チェック >		☐ 個人情報入力	受付者 (_____)