

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

|  |   |       |    |     |    |   |   |   |
|--|---|-------|----|-----|----|---|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>欄 | 被保険者証   | 記号・番号 | 和国 | 受付日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|  | 認定をうけ<br>ようとする<br>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<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、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（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 \_\_\_\_\_ 印

個人番号 \_\_\_\_\_

(来庁者氏名 \_\_\_\_\_) 続柄 \_\_\_\_\_

和泉市長 あて

|                            |                           |                 |
|----------------------------|---------------------------|-----------------|
| 医<br>師<br>の<br>意<br>見<br>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（保険証・運転免許証・その他（ \_\_\_\_\_ ））< 主担チェック >  個人情報入力 受付者（ \_\_\_\_\_ ）