受　付
．　．
国民健康保険

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

| 被保険者番号 | | ※世帯の方は、太線枠内をご記入ください。 |
|---|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 認定対象者 | 個人番号 | | | |
| | 氏　名 | | 生年月日 | 年　月　日<br>（満　歳） |
| | 住　所 | **益城町大字** | | |
| 疾病名 | | □　人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>□　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因子障害等<br>□　その他（　） | | |

年　月　日

申請者（世帯主）　住　所　**益城町大字**

氏　名

電話番号　－　－

益城町長　様　　個人番号

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

| 医師の意見欄 | 上記疾病により、診療を受けていることに相違ありません。<br>年　月　日<br>医療機関　名　称<br>所在地<br>医師名　印 |
|---|---|

以下、役場記入欄

| 課　長 | 係　長 | 係　員 | 受　付 | 認定年月日 | 負担限度額 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 年　月　日 | １万円　・　２万円 |