

国民健康保険特定疾病認定申請書

保険証番号		※太線枠内をご記入ください。			
認定対象者	個人番号				
	氏名			昭和 平成 令和	年 月 日 (満 歳)
	住所	益城町大字			
疾病名		<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤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（いわゆる血友病） <input type="checkbox"/> 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、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)			
国民健康保険法施行規則第27条の13第1項の規定により上記のとおり申請します。 年 月 日					
申請者（世帯主） 住所 益城町大字 氏名 電話（携帯） — — （自宅） — —					
益城町長 様		個人番号		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

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。				
	年 月 日				
	医療機関 名称				
	所在地				
	医師名 ㊟				

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