

国民健康保険特定疾病認定申請書

記入例

令和8年 1月 13日

調布市長

長友 貴樹 殿

わからない場合は空欄可

申請者 住所 **小島町2-35-1**

氏名 **調布 太郎**

個人番号

電話番号 **042-481-△△□□**

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 号	3 1 - 1 2 3 4 5 6			
認 定 申 請 対 象 者	氏 名	調布 太郎	個人番号	
	生年月日	昭和40年 7月 7日		
	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（血友病A）又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病B） 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症に関する医療を受けている者に係るものに限る。）		

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 <div> こちらの欄は、下記の確認書類等がない場合にのみ、上記の疾病にかかっていることの証明として医師に記入を依頼してください。 </div>
	名 称 医療機関の 所在地 医師名

処理欄	医師の意見欄に代わる確認書類等 (いずれか1つ・写し添付)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 前健康保険発行の特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 身体障害者診断書・意見書(じん臓機能障害用) <input type="checkbox"/> 裁判による和解調書の抄本(上記疾病3の場合) <input type="checkbox"/> その他当該疾病にかかっていることを公的に証明できるもの(医療券等)
-----	-----------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【意見欄に代わる確認書類について】

- ・身体障害者手帳の場合、「障害名」欄に「慢性腎不全によるじん臓機能障害(1級)」の記載が必要です。
- ・身体障害者診断書・意見書の場合、いずれも「慢性(末期)腎不全により人工透析が必要である旨」の記載が必要です。