

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

調布市長

長友 貴樹 殿

申請者 住所 _____
氏名 _____ 個人番号 _____
電話番号 _____

下記のとおり申請します。

被保険者 記号・番号	31-		
認定申請対象者	氏名		個人番号
	生年月日	年 月 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 (HIV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HIV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。 年 月 日 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るつてることを公的に証明できるもの(医療券等)
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ