

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 号 記 号・番 号	3 1 -		
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（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。  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ってい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	