

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

別海町長 曾根 興三 様

申請者（世帯主）

住 所 別海町

氏 名 (印)

電話番号

下記のとおり特定疾病の認定を申請します。

被 保 険 者	被保険者証記号番号	別海・	<input type="checkbox"/> 一般国保 <input type="checkbox"/> 退職国保
	フリガナ 氏 名	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
疾 病 入 欄 名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ及び第Ⅸ因子障害 <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 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定め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。
	令和 年 月 日
	医療機関の名称
	所在地
	医師名 (印)

注) 申請の際、慢性腎不全に係る更正医療券の提示を行う等により当該疾病にかかっていることが明らかである者については、医師の意見欄は記入不要です。

担 当 処 理 欄	人工透析判定	所得区分	上位所得者・一般・非課税世帯・70歳以上					
		自己負担限度額	1万円・2万円					
※上記申請に基づき特定疾病の認定をしてよろしいか。								
	決裁年月日	決 裁 欄	課長	主幹	主査	主任	担当	合議
	令和 年 月 日							