

国民健康保険特定疾病認定申請書

認定を受けようとする 被保険者の氏名		被保険者証 記号番号	13-
個人番号			
生年月日	年 月 日	続柄	
認定を受けようとする 被保険者のかかっている 疾病の名称	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因子障害又は 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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者に係るものに限る。) (該当するものを○で囲んでください。)		
上記のとおり申請します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> (宛先) 厚木市長 住 所 _____ 申請者 (世帯主) _____ 個人番号 _____ 電話番号 () _____			

(注) 上記疾病にかかっていることに関する医師又は歯科医師の意見書その他
当該疾病にかかっていることを証する書類を添付してください。

決 裁	課長	係長	係員	認 定	疾 病 名	1 ・ 2 ・ 3	
					発 効 期 日	年 月 日	
					限 度 額	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 上位	
	右のとおり認定し、受療証を交付して よろしいか。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div>				添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 医師又は歯科医師の意見書等 <input type="checkbox"/> 更生医療券 <input type="checkbox"/> その他	
					受療証交付年月日	年 月 日	

個人番号確認欄

確認者 ()

世 帯 主	番号確認	<input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住記
	身元確認	<input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> その他 ()
	代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明
	代理人身元確認	<input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> その他 ()
被 保 険 者	番号確認	<input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 通知 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住記
	身元確認	<input type="checkbox"/> 個番 <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> 在留 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> その他 ()