

課長	課長補佐	係長	課員	入力日	交付日	台帳

受付	本庁送付
記入例	

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の記号番号	記号	43	番号	1	2	3	4	5	6	7
------------	----	----	----	---	---	---	---	---	---	---

認定を受けようとする被保険者の氏名、生年月日及び個人番号	氏名	南房総 一郎										
	生年月日	昭・平・令 45年 4月 1日										
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1

令第29条の2第8項の規定による特定疾病名（該当する番号に○印を付してください。） <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">           該当する番号に○をつけて下さい         </div>	① 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ② 血友病（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Ⅳ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（H I V感染を含み、厚生大臣の定める者に係るものに限る。）
---	--

国民健康保険法施行規則第27条の13第1項により上記のとおり申請いたします。

令和 4年 7月 22日

届出の日を記入

世帯主 住所 南房総市 富浦町青木〇〇

氏名 南房総 太郎

南房総市長

宛

### 証 明 書

上記 南房総 太郎 は

証明書欄については医師が記入

- ① 人工腎臓を実施している慢性腎不全
- ② 血友病（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Ⅳ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（H I V感染を含み、厚生大臣の定める者に係るものに限る。）

で治療していることを証明いたします。

令和 4年 6月30日

医療機関の所在地 千葉県館山市〇〇

名称 〇〇病院

医師又は歯科医師名 〇〇 〇〇

※医師又は歯科医師が自署した場合、押印は不要です。