

課長	グループ長	グループ副長	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	1234567	
認定を受けようとする被保険者の氏名及び生年月日	氏名	南房総 一郎	男・女		
	生年月日	昭・平・令 45年 4月 1日			
	個人番号	123456789012			
令第29条の2第5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。）		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（HIV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5第1項により上記のとおり申請いたします。		令和 3年 5月 7日			
届出の日を記入		世帯主	住所	南房総市 富浦町青木〇〇	
南房総市長		氏名	南房総 太郎		
			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（HIV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 3年 5月 7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。