

課長	課長補佐	係長	課員	入力日	交付日	台帳

受付	本庁送付

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者 記号番号	記号	43	番 号							
--------------	----	----	-----	--	--	--	--	--	--	--

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										
	生年月日	昭・平・令 年 月 日									
	個人番号										

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。）	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 年 月 日 世帯主 住所 南房総市 氏名 南房総市長 宛	
--	--

証 明 書 上記	}	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 年 月 日 医療機関の所在地 名 称 医師又は歯科医師名		

※医師又は歯科医師が署名した場合、押印は不要です。