

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	南房総 太郎									
	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 富浦町青木○○
	氏名 南房総 太郎
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。）
証明書は、医療機関 が記入します。	
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	千葉県館山市○○ ○○
名称	○○病院
医師又は歯科医師名	○○ ○○

受付印

※医師又は歯科医師が署名した場合、押印は不要です。