

国民健康保険 特定疾病認定申請書

記入例

申請者記入欄	被保険者証 記号番号	薬国	9	9	9	9	-	9	9	9	-	9	9	9
	認定対象者の 氏名・生年月日・ 個人番号	氏名	薬国 花子											
	生年月日	昭和 平成・令和 99年99月99日												
	個人番号 (マイナンバー)	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	
医師の意見欄	疾病名	<input checked="" type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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（血友病） <input type="checkbox"/> 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。）												
	診療開始日	平成 令和 99年99月99日												
	上記の疾病により診療を受けていることに相違ありません。 令和 99年99月99日 医療機関名称 国保医院 所在地 神戸市中央区〇丁目〇番〇号 医師名 国保次郎													

上記のとおり特定疾病の認定を申請いたします。

*記入された年月日
令和 99年 99月 99日

*組合員本人がご記入ください

申請者 住所 大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号
(組合員)

氏名(自署) 薬国 太郎 電話番号 06 (6000) 0000

申請者の個人番号(マイナンバー) 5 5 5 5 6 6 6 6 7 7 7 7

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

※(事務処理欄)

受付印	保険種別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 前期高齢者		交付年月日	令和 年 月 日		
	発効期日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日			
	自己負担 限度額	<input type="checkbox"/> 1万円 <input type="checkbox"/> 2万円	決裁	理事	事務長	課長	主担当
			令和 年 月 日決定				