国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証記号・番号	茅　・			
認定対象者	氏　　名		性別	男　・　女
	生年月日	年　　月　　日		
	個人番号			
特定疾病名	1　人工透析を実施している慢性腎不全 2　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　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			
上記診療開始日	年　　月　　日			
保険医の意見	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年　　月　　日 療養取扱機関の 所在地及び名称 保険医氏名　　㊞			

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

（宛先）　茅野市長

世帯主　住　　所 ……

氏　　名 ……

個人番号

電　　話　　－　　－

処理欄	本　人　確　認	入力	証発行交付	受付
	個人番号カード・通知カード 免許証・旅券・在留カード・保険証・年金手帳 通帳・診察券・その他（　　）		□　窓口 □　郵送　／	