

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																								
	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					(印)																		
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		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																							
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・免許証 旅券・在留カード・保険証・年金手帳・障害手帳 通帳・診察券・その他 ()		<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 /	