|  |
| --- |
| **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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 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・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（　　　　　　　　　） |  | □　窓口 |  |
| □　郵送　　 ／ |