

国民健康保険特定疾病認定申請書

被 保 険 者 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 Ⅸ 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										⑩	
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・資格確認書・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 /