

国民健康保険 特定疾病 認定申請書

飯山市長 あて

年 月 日

申請者（世帯主）

窓口に来た方

住 所

※世帯主の場合は、記入は不要です。

氏 名

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯主と
の続柄

電 話

次のとおり申請します。

被保険者の 記号番号	いいやま・		1 一般 2 退職本人 3 退職家族																					
認定申請 対象者	氏 名			世 帯 主 と の 続 柄																				
	生年月日	年	月	診療開始日	年 月 日																			
	個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																						
特定疾病名	<p>1 人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全</p> <p>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</p> <p>3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）</p>																							
医 師 の 意 見 欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>医療機関の所在地 及 び 名 称</p> <p>保 険 医 氏 名</p>																							