

国民健康保険 特定疾病 認定申請書

この申請書は、特定の疾病の場合に自己負担限度額の区分を証明する「特定疾病療養受療証」の交付申請手続きに使用します。

<療養を受ける方> (国民健康保険の被保険者)

フリガナ		生年月日	年 月 日		
氏名		個人番号			
続柄	世帯主から見て 本人・妻・子・他 ()	被保険者記号	04	番号	

<療養の内容>

疾 病 名	<input type="checkbox"/> 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
医師の意見欄	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 名称 医療機関の 所在地 医師名

※特定疾病の資格取得は申請のあった月の初日からとなります。

<申請者> (国民健康保険の世帯主)

益田市長 様 上記のとおり申請します。		(申請日)	年 月 日		
フリガナ		生年月日	年 月 日		
署名		個人番号			
氏名		電話番号			
住所	(建物名等)				

益田市使用欄

本人確認	提出方法	確認事項	受付	担当	確認
①番・免・パ・手帳 他 ()	□世帯主 □員 () □同住 () □代理人	発効期日 年 月 日	/	交 付	
		有効期日 年 月 日			
②証・年金・児童 バス・社員・学生 他 ()	代理権確認手段	自己負担区分 1万円 ・ 2万円	/	宛 名 番 号	
		<input type="checkbox"/> 更正医療券 <input type="checkbox"/> その他 ()			
③ヒア	保険証・委任状 他 () □郵送				

