

国民健康保険 特定疾病 認定申請書

(宛先)前橋市長

年 月 日

被保険者 記号・番号	ま ー	電話番号 (世帯主)	()
世帯主	住所	前橋市	
	氏名		
	生年月日	年 月 日	個人番号
対象者	氏名		
	生年月日	年 月 日	個人番号
疾病名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血友病 (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 (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。)		

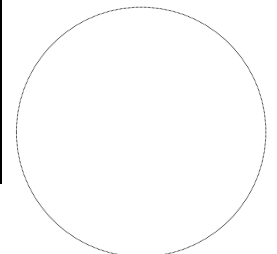
医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 所在地 医療機関 名称 医師の氏名
---------------	---

来庁者	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 (世帯主との続柄: 氏名:)		
	※「その他」の場合、下記をご記入ください。		
	<input type="checkbox"/> その他	住所	世帯主との続柄
	氏名	電話番号	()

【市記入欄】

自己負担限度額	一万円	交付年月日	年 月 日	発効年月日	年 月 日
	二万円	交付方法	窓口・郵送	被保険者証	持参・未持参
確認	来庁者		個カ・免・在カ・その他 ()		
	個人番号	世帯主	個カ・通カ・住民票・その他 ()		
		対象者	個カ・通カ・住民票・その他 ()		
		代理権	個カ・免・保・その他 ()		

受付印



受付者: _____