

国民健康保険 特定疾病 認定申請書

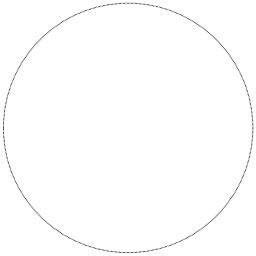
(宛先)前橋市長 年 月 日

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	☐ 世帯主 ☐ 世帯員(世帯主との続柄: 氏名:)		
	☐ その他	※「その他」の場合、下記をご記入ください。	
		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	資格確認書等	持参・未持参
確認	来庁者		個力・免・在力・その他 ()			受付印 
	個人番号	世帯主	個力・通力・住民票・その他 ()			
		対象者	個力・通力・住民票・その他 ()			
		代理権	個力・免・保・その他 ()			

受付者: _____