

記入例

国民健康保険 特定疾病 認定申請書

(宛先)前橋市長

令和 ●年 ●月 ●日

被保険者 記号・番号		ま 1 2 3 - 4 5 6 7		電話番号 (世帯主)	0 9 0 ( 1 2 3 4 ) 5 6 7 8									
世帯主	住所	前橋市○○町一丁目2番3号								日中に連絡がとれる電話番号を 記入してください。				
	氏名	前橋 太郎												
	生年月日	昭和●●年 ●月 ●日	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
対象者	氏名	前橋 一郎												
	生年月日	平成●●年 ●月 ●日	個人番号	2	1	0	9	8	7	6	5	4	3	2
疾病名	<p>① 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>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)</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	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				【医師の意見欄】は医師が記入 ※押印不要					
	医療機関 名称				医師の氏名									
来庁者が世帯主の場合は、 ☑のみしてください。														

来庁者	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input checked="" type="checkbox"/> 世帯員 (世帯主との続柄: 妻 氏名: 前橋 花子 )													
	※「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						電話番号 ( )					
	氏名													

【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 ( )				受付印 
	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 ( )			

受付者: \_\_\_\_\_