

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					
	氏 名	前橋 太郎					
	生年月日	昭和●●年 ●月 ●日	個人番号				
対象者	氏 名	前橋 一郎					
	生年月日	平成●●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。)						

日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。

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	

【医師の意見欄】は医師が記入
※押印不要

来庁者が世帯主の場合は、
☑のみしてください。

来 庁 者	☐ 世帯主 ☒ 世帯員 (世帯主との続柄: 妻 氏名: 前橋 花子)			
	☐ その他	※「その他」の場合、下記をご記入ください。		
		住 所		
		氏 名	電話番号	()

【市記入欄】

自己負担限度額	一万円 ・ 二万円	交付年月日	年 月 日	発効年月日	年 月 日	
		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 ()				
	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 ()			

受付印

受付者: