


 収受印

国民健康保険特定疾病認定申請書

消えないボールペンで太枠の中を記入してください。

		令和 年 月 日						
(提出先) 平塚市長								
申請者(世帯主)	個人番号	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>						
	住所							
	氏名							
	電話番号	-	-					
代理人	氏名					続柄		
	電話番号	-	-					
次の者の特定疾病の認定および療養受領証の交付を申請します。								
被保険者証	記号	0	4	番号			枝番	
認定対象者 氏名				生年月日	昭・平・令	年	月	日
個人番号							世帯主との続柄	
疾病名	1. 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全 2. 血しょう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(いわゆる血友病) 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV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を証明します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: center;">名 称</div> (保険医療機関) 所在地 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 医師名 印 </div>
--------	---

保険年金課処理欄

宛名番号	受付	入力	審査	交付
交付年月日	令和 年 月 日			
発効期日	令和 年 月 日			
限度額	<input type="checkbox"/> 10,000円 <input type="checkbox"/> 20,000円	<input type="checkbox"/> 郵送		

収受印

記入例

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者は太枠内を記入してください

		令和 3 年 4 月 1 日													
(提出先) 平塚市長															
申請者(世帯主)	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3		
	住所	平塚市浅間町9番1号													
	氏名	平塚 太郎													
	電話番号	0463	-	23	-								1111		
代理人	氏名												続柄		
	電話番号	-													
<p>次の者の特定疾病の認定および療養受領証の交付を申請します。</p> <p>※保険証に枝番の記載がない方は空欄で構いません</p>															
被保険者証	記号	0	4	番号	0	1	2	3	4	5	6	枝番	0	2	
認定対象者 氏名	平塚 花子				生年月日	昭		平	令	50年	1月	1日			
個人番号	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	世帯主との続柄	妻	
疾病名	<p>1. 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全</p> <p>2. 血しょう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(いわゆる血友病)</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 (HIV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を証明します。		令和 3 年 4 月 1 日		医師の記入欄です	
	名称	平塚市役所病院				
	(保険医療機関) 所在地	平塚市東豊田448番地の3				
	医師名	健康 市郎	印	健康		

保険年金課処理欄		受付	入力	審査	交付
交付年月日	令和 年 月 日				
発効期日	令和 年 月 日				
限度額	<input type="checkbox"/> 10,000円 <input type="checkbox"/> 20,000円	<input type="checkbox"/> 郵送			