

宛名番号		受付	入力	審査	交付
交付年月日	令和 年 月 日	□ 郵 送			
発効期日	令和 年 月 日				
限度額	□10,000円 □20,000円				

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 6 年 12 月 2 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	-												
※保険証に枝番の記載がない方は空欄で構いません														
次の者の特定疾病の認定および療養受療証の交付を申請します。														
被保険者	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	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	医師	上記のとおり診療を受けていることを証明します。		医師の記入欄です
	令和 6 年 12 月 1 日			
	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		

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	☐ 10,000円 ☐ 20,000円	☐ 郵 送			