

国民健康保険 特定疾病 認定申請書

(宛先) 松本市長

〇年 〇月 〇日

申請者 (世帯主)

窓口に来た方

住所 松本市大字〇〇12345番地

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏名 松本 太郎

氏名

個人番号 △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △

世帯主と

の続柄

電話 0263-34-9999

下記のとおり申請します。

被保険者 記号番号	松国 1200009			
認定申請 対象者	氏名	松本 太郎	世帯主と の続柄	本人
	生年月日	昭和50年 6月 7日	診療開始日	令和6年 〇月 2日
	個人番号	△ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △		
特定疾病名	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 (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に相違ありません。 〇〇年 5月 20日 医療機関の所在地 松本市中央1-〇-1 及び名称 医療法人 〇〇病院 保険医氏名 芳川 三郎			

*市 処理 欄	上記の申請について、特定疾病療養受療証の交付が (適当・不相当) と認め、処理してよろしいでしょうか。	係	係長	課長補佐	課長
	起案日	.	.		
	決裁日	.	.		

申請者本人確認欄 (氏名)		受付
番号カード・運免・資格確認書・通帳・領収書・その他		
【	】	

発行日	.	.
未発行		滞納 有・無