

国民健康保険 特定疾病 認定申請書

(宛先) 松本市長

年 月 日

申請者 (世帯主)

窓口に来た方

住 所

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯主と

の続柄

電 話

下記のとおり申請します。

被保険者証 の記号番号				1. 一般 2. 退職本人 3. 退職家族
認定申請 対象者	氏 名			世帯主と の続柄
	生年月 日	年	月	診療開始日
	個人番 号	年	月	日
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（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。）			
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 医療機関の所在地 及び名称 保険医氏名			

*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・保険・通帳・領収書・その他 ()		
【	】	

発行日	・	・
未発行		滞納 有・無

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。

被保険者証の記号番号	松国 1200009	1. 一般 2. 退職本人 3. 退職家族		
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3年 5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 医療機関の所在地及び名称 松本市中央1-0-1 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・保険・通帳・領収書・その他 ()		
【	】	

発行日	.	.
未発行		滞納 有・無