

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者 記号・番号				
認定 申請 対象 者	氏名			
	生年月日	年	月	日
	疾病名	個人番号		
		1 人工腎臓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		

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			
	保険医療機関			
	名称			
	所在地			
医師名			印	

(宛先) 珠洲市長

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所

氏名

個人番号

電話番号

申請者 住所

(世帯主と申請者が同一の場合は記入不要)

氏名

世帯主との続柄

電話番号

代理権の確認		身元確認(世帯主又は代理人)			番号確認	
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他()	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者: () No. ()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他		
	2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 診察券 No. ()	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他()		