

# 国民健康保険 特定疾病認定申請書

被保険者	記号	山3	番号		
認定対象者	(ふりがな)			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名			個人番号	
疾病の名称	1 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全 2 血友病(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、厚生労働省大臣の定める者に係るものに限る)				

上記の疾病により、特定疾病の認定を申請します。

令和 年 月 日

住 所 山口市

世帯主氏名

個人番号

連絡先

山口市長 あて

\* 添付書類(1または2)

- 1 特定疾病にかかっていることに関する医師の意見書
- 2 その他特定疾病にかかっていることを明らかにする書類  
(前保険での特定疾病療養受療者証等)

以下、事務処理欄

決裁	課長	主幹	副主幹	担当

交付方法  窓口( 年 月 日)  
 郵送( 年 月 日)  
 マイナ保険証のため交付不要

令和 年 月 日

上記により、特定疾病として認定してよろしいか伺います。

番号法による確認	番号確認(本人)	身元確認(本人または代理人)			代理権確認
	有無	<input type="checkbox"/> 個人カード <input type="checkbox"/> 通知カード その他 ( )	1点	<input type="checkbox"/> 個人カ <input type="checkbox"/> 運免 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 在留カ その他 ( )	<input type="checkbox"/> 戸籍等 <input type="checkbox"/> 委任状 その他 ( )
		2点	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 年金 その他 ( )		