

国民健康保険特定疾病認定申請書

整理番号

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	〔 04 〕 - .					
	認定対象 の氏名					世帯主との続柄	
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
	マイナンバー						
<p style="text-align: center;">上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 新宿区 町 丁目 番 号 方</p> <p style="text-align: center;">電話 ()</p> <p>(世帯主) 氏 名</p> <p style="text-align: center;">マイナンバー</p> <p style="text-align: center;">新宿区長 あて</p>							

意 見 書	患者 氏名		生年 月日	昭・平・令	年	月	日
	疾病名	<p>1 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>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因子障害等</p> <p>3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群</p>					
<p style="text-align: center;">上記のとおり診断します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>(医療機関) 所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">(医師氏名)</p>							

本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他()
--------	---

受 付 年 月 日	
-----------------------	--

台帳記入