

国民健康保険特定疾病認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	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>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>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="padding-left: 40px;">マイナンバー</p> <p style="text-align: right;">新宿区長 宛て</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>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="padding-left: 40px;">名称</p> <p style="text-align: right;">(医師氏名)</p>								

本人確認書類 マイナンバーカード 運転免許証 在留カード 保険証 資格確認書 その他()

受付年月日	
-------	--

受付者