

国民健康保険特定疾病認定申請書
(記入例)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号・番号	[04] — 00 ・ 0000		
	認定対象者の氏名	新宿 花子		世帯主との続柄
	生年月日	昭平・令 ××年 1月 1日	年齢	60歳
	マイナンバー			
	上記のとおり申請します。 令和 ××年 10月 1日 住所 新宿区 歌舞伎町 1丁目 4番 1号 方 電話 03 (××××) ×××× (世帯主)氏名 新宿 太郎 マイナンバー 新宿区長 宛て			

意 見 書	患者氏名	新宿 花子	生年月日	昭平・令 ××年 1月 1日
	疾病名	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		
	上記のとおり診断します。 令和 ××年 10月 1日 (医療機関) 所在地 新宿区歌舞伎町 1-4-1 名称 ○×△病院 (医師氏名) 国保 太郎			

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 ☐ 資格確認書 ☐ その他()

受付年月日	
-------	--

受付者