**国民健康保険 特定疾病 認定申請書**

宛先　小諸市長

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（世帯主） | | | | | | | | | | | | |  | 窓口に来た方 | |
| 住所 | 小諸市 | | | | | | | | | | | |  | ※ 世帯主の場合、記入は不要です。 | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | |  | 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 世帯主と  の続柄 |  |
| 電話 |  | | | | | | | | | | | |  |  |  |

下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証  の記号番号 | | 小諸　　　・ | | | | | | | １．一般 ２．退職本人 ３．退職家族 | | | | | | | | | |
| 認定申請  対象者 | | 氏名 |  | | | | | | 男・女 | | 世帯主と  の続柄 | | |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | 診療開始日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | |  |  |  |  |
| 特定疾病名 | | １　人工腎臓（人工透析）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（ＨＩＶ感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  医療機関の所在地  及び名称  保険医氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 以下、市町村自由使用欄 \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付年月日 | 年　　月　　日 | 有効期限 | 年　　月　　日 |
| 発行期日 | 年　　月　　日 | 自己負担額 | 円 |