

○ 申請には、受療証が必要な方の保険証を持参してください。

○ 内を記入してください。

国民健康保険特定疾病認定申請書

受 付 印

世帯主が記入する欄	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	—		
	認 定 対 象 者 の 氏 名			
	認 定 対 象 者 の 個 人 番 号			
	認 定 対 象 者 の 生 年 月 日	年 月 日	世 帯 主 と の 続 柄	
	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(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
	医療機関の名称
	所在地
	医師名

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所
世帯主 氏 名
(個人番号：)
(電 話 —)
届出人 氏 名

(宛先)小牧市長

○ いずれかを添えて申請してください。

- ・ 医師の意見書
- ・ 医師が証明した特定疾病認定申請書（この申請書）
- ・ これまで加入していた医療保険で交付されていた方は、交付されていた特定疾病療養受療証