国民健康保険特定疾病認定申請書

年　　月　　日

大府市長
殿

申請者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり申請します。

被保険者記号・番号				
認定対象者	氏名		個人番号	
	生年月日	年　　月　　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		

医師の意見欄	上記のとおり診察を受けていることに相違ありません。 年　　月　　日 名　称 医療機関の所在地 医師名

処理欄	認定等	イ　市町村民税非課税証明書 ロ　保護申請却下通知書 ハ　公簿　（　　） ニ　却下　（理由　　）	受付番号（第　　号） 交付番号（第　　号） 認定等年月日 年　　月　　日
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ	