

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

名護市長 殿

住 所

申請者 氏 名

電話番号

下記のとおり申請します。

被保険者記号・番号		名 国			
認 定 申 請 対 象 者	氏 名			個人番号	
	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Ⅳ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	上記のとおり診療を受け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

----- 以下、事務処理記入欄 -----

本人 確 認	1 点 ☐ 運免 ☐ マ ☐ 旅 ☐ 在 ☐ 障 ☐ 他 ()	受付担当者
	2 点 ☐ 保険証 ☐ 学生証 ☐ 診察券 ☐ 他 ()	

☐ 給付システム入力

決 裁	課長	係長	担当