

交付

伺) 下記の申請を認定し受療証を交付します。

|        |    |      |    |    |    |
|--------|----|------|----|----|----|
| 決<br>裁 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係員 | 担当 |
|        |    |      |    |    |    |

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

|   |           |       |             |
|---|-----------|-------|-------------|
| 被保険者証記号番号   | 対象者<br>氏名 | 性別    | 世帯主との<br>続柄 |
|   | 個人番号      |       |             |
| 一般・退職本人・退職家族                                      | 生年月日      | 年 月 日 | 男・女         |
| 特定疾病名   |           |       |             |
| 1 血友病（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） |           |       |             |
| 2 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全                             |           |       |             |
| 3 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。）       |           |       |             |

### 特定疾病に関する意見書 ※

上記のとおり診療を受けていることを証明する。

令和 年 月 日

(医療機関) 所在地

名称

医師氏名

印

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者（世帯主） 住所

個人番号

氏名

電話 ( )

花巻市長 あて

※ 以前社会保険や他市国民健康保険等で認定を受けていた場合には、その認定証のコピーの提出により医師意見書欄に替えることができます。

受付印

|     |
|-----|
| 受付印 |
|     |