

収受印

国民健康保険特定疾病認定申請書

消えないボールペンで太枠の中を記入してください。

		令和 年 月 日	
(提出先) 平塚市長			
申請者(世帯主)	個人番号		
	住 所		
	氏 名		
	電話番号	- -	
代理人	氏 名	続柄	
	電話番号	- -	
次の者の特定疾病の認定および療養受療証の交付を申請します。			
被保険者	記号	0 4	番号
認定対象者 氏 名			生年月日 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
個人番号			世帯主との続柄
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. 血しょう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(いわゆる血友病) 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を証明します。
	令和 年 月 日
	名 称
	(保険医療機関) 所在地
	医師名

保険年金課処理欄

宛名番号		受付	入力	審査	交付
交付年月日	令和 年 月 日	☐ 郵 送			
発効期日	令和 年 月 日				
限度額	☐ 10,000円 ☐ 20,000円				

収受印

記入例

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者は太枠内を記入してください

		令和 6 年 12 月 2 日												
(提出先) 平塚市長														
申請者(世帯主)	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3												
	住 所	平塚市浅間町9番1号												
	氏 名	平塚 太郎												
	電話番号	0463 - 23 - 1111												
代理人	氏 名	続柄												
	電話番号	-												
次の者の特定疾病の認定および療養受療証の交付を申請します。														
被保険者	記号	0	4	番号	0	1	2	3	4	5	6	枝番	0	2
認定対象者 氏 名	平塚 花子				生年月日	昭 ・ 平 ・ 令 50 年 1 月 1 日								
個人番号	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	世帯主との続柄	妻
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. 血しょう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(いわゆる血友病) 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を証明します。	医師の記入欄です
	令和 6 年 12 月 1 日	
	名 称 平塚市役所病院	
	(保険医療機関) 所在地 平塚市東豊田448番地の3 医師名 健康 市郎	

保険年金課処理欄

	受付	入力	審査	交付
交付年月日	令和 年 月 日			
発効期日	令和 年 月 日			
限度額	☐ 10,000円 ☐ 20,000円	☐ 郵 送		