

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の記号番号			
認定を受けようとする 被保険者の氏名	生年月日	年	月 日
	個人番号		
医師等の意見欄	疾病の名称	<ul style="list-style-type: none"> ・人工腎臓を実施している慢性腎不全 ・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 ・抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 	
	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関 所在地</p> <p>名 称</p> <p>医師（歯科医師）名 印</p>		
美濃加茂市長 宛 上記のとおり特定疾病の認定を申請します。 年 月 日	世帯主	住 所	
		氏 名	
		個人番号	
	届出人	氏 名	
		<input type="checkbox"/> 世帯主に同じ 電話番号	

本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 (写真付) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> マイナンバーカード □ ()	聴き取り	<input type="checkbox"/> 同一世帯員氏名 <input type="checkbox"/> 同一世帯員生年月日 <input type="checkbox"/> 職員の面識	確認者
	<input type="checkbox"/> 保険証 □ ()			
<input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 □ ()				
番号確認	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 □ ()			