

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

(申請先)

横浜市 区長

住所  
申請者 氏名  
(世帯主)  
電話 ( )

特定疾病の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

|                |   |  |  |  |  |  |  |         |   |
|----------------|---|--|--|--|--|--|--|---------|---|
| 被保険者証<br>記号・番号 | 40  |  |  |  |  |  |  | 申請者個人番号 |   |
|                |   |  |  |  |  |  |  | 対象者個人番号 |   |
| 認定対象者<br>の氏名   |   |  |  |  |  |  |  | 資格区分    | 一般・<br><input checked="" type="checkbox"/> 本人・<br><input checked="" type="checkbox"/> 退職扶養者 |
|                |   |  |  |  |  |  |  | 生年月日    | 年月日   |
| 疾 病 名          | 1 <sup>じん</sup> 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>2 <sup>しょう</sup> 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<br>天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 |  |  |  |  |  |  |         |   |

(注意) 「」は、退職被保険者の略です。

|   |  |
|---|--|
| 医 師 の 意 見 書   |  |
| 上記疾病にかかっていることに相違ありません。<br>年 月 日<br>名 称<br>保険医療機関等<br>所在地<br>医師名 |  |

|             |       |     |          |          |     |         |
|-------------|-------|-----|----------|----------|-----|---------|
| 処<br>理<br>欄 | (備 考) |     |          |          |     | 入 力 確 認 |
|             |       |     |          |          |     |         |
|             | 課 長   | 係 長 | 係 員      | 決 裁      | 受 付 |         |
|             |       |     |          | 年 月 日 起案 |     |         |
|             |       |     | 年 月 日 決裁 |          |     |         |