

記載例

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 8 年 1 月 5 日

○ 申請日・住所・申請者(世帯主)氏名・電話番号を記入してください。

※ 個人番号(マイナンバー)は記入しなくてもかまいません。

申請者 住所 大阪府高槻市桃園町2番1号

氏名 高槻 太郎

個人番号

電話番号 072-674-7111

下記のとおり申請します。

○ 太線部分を記入してください。

※ 個人番号は記入しなくてもかまいません。

被保険者 記号・番号	高国 123-456-7		
認定申請 対象者	氏名	高槻 花子	個人番号
	生年月日	昭和 35 年 1 月 1 日	
	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IX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ていることに相違ありません。
	令和 年 月 日
	名称
	医療機関の 所在地
	医師名

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号 (第 号)
	ロ 保護申請却下通知書	ハ 公簿 ()	交付番号 (第 号)
	ニ 却下 (理由)	認定等年月日	令和 年 月 日
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ	