

# 国民健康保険 特定疾病認定申請書

記入例

申請者記入欄	被保険者 記号番号	薬国	9	9	9	9	-	9	9	9	-	9	9	9
	認定対象者の 氏名	氏名	薬国 花子											
	氏名・生年月日・ 個人番号	生年月日	昭和 平成・令和 99年99月99日											
	個人番号 (マイナンバー)	個人番号	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3

医師の 意見欄	<p>*赤枠内 当該疾病にかかる治療を受けている医療機関の医師に記入していただく欄です</p> 疾病名	<input checked="" type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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（血友病） <input type="checkbox"/> 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。）
	診療開始日	平成 令和 99年99月99日
	上記の疾病により診療を受けていることに相違ありません。 令和 99年99月99日 医療機関名称 国保医院 所在地 神戸市中央区〇丁目〇番〇号 医師名 国保 次郎	

上記のとおり特定疾病の認定を申請いたします。

\*記入された年月日  
令和 99年 99月 99日

\*組合員本人がご記入ください

申請者 住所 大阪市中央区和泉町〇丁目〇番〇号  
(組合員)

氏名(自署) 薬国 太郎 電話番号 06 (6000) 〇〇〇〇

申請者の個人番号(マイナンバー)

5	5	5	5	6	6	6	6	7	7	7	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様

※(事務処理欄)

受付印	保険種別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 前期高齢者	交付年月日	令和 年 月 日
	発効期日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日
	自己負担 限度額	<input type="checkbox"/> 1万円 <input type="checkbox"/> 2万円	決裁 理事 室長 班長 主担当 副担当 令和 年 月 日決定	