

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和6年12月 5日

(申請先)  
横浜市 中 区長

住民票上の住所・世帯主氏名・電話番号をご記入ください。

住所 中区港町1-1  
申請者 氏名 横浜 太郎  
(世帯主) 電話 045 ( 0000 ) 0012

申請書の記入日をご記入ください。

平日昼間に連絡が付きやすい電話番号をご記入ください。

国民健康保険の番号をご記入ください。

特定疾病の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

記号・番号	40	1	2	3	4	5	6	7	8	申請者個人番号	999999999999
										対象者個人番号	888888888888
認定対象者の氏名	横浜 花子									生年月日	平成4年4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慢性血液凝固第IX因子障害等 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。)										

申請の理由を選んでください。

対象となる方の氏名・生年月日・をご記入ください。

申請者及び対象者の個人番号をご記入ください。

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。	
年 月 日	名称
	保険医療機関等
	所在地
	医師名

医師に意見書をもらってください。

処 理 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		