

国民健康保険特定疾病認定申請書

申請者記載欄	疾病名	1 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 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症に関する医療を受けている者に限る。)																
	被保険者 記号・番号	島3	個人番号															
	認定対象者の 氏名・性別	男 ・ 女	世帯主との 続柄															
	認定対象者の 住所																	
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。																	
	年 月 日																	
	療養取扱機関 名称																	
	所在地																	
医師名		印																

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者 個人番号

(世帯主)

住所 _____

氏名 _____ 電話 _____

郡山市長

※処理	被保険者区分	発効期日	受療証交付年月日	担当者
	1 一般被保険者			
	2 退職被保険者	年 月 日	年 月 日	
	3 2の被扶養者	から有効	交付	

1 ※欄は、申請者は記入する必要はありません。

2 疾病名1・2に該当する際は、医師の意見を記載してください。疾病名3に該当する際は、医師の意見に代えて添付が必要な書類があるので、お問い合わせください。

市確認欄	受付者	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他()														
		申請人の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()														
		代理権の確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()														
		代理人氏名等	氏名() 申請人との関係()														
		代理人の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()														