

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

(あて先) 横須賀市長

住 所 横須賀市.....町.....丁目.....番地.....号

世帯主
(申請者) 氏 名

個人番号

電話 ..(.....)

次の者の特定疾病の認定及び療養受療証の交付を申請します。

認定を受けようとする被保険者	フリガナ		被保険者証の記号番号		制度区分
	氏 名		03- - -		一般
			個人番号		
生年月日	年 月 日	世帯主との続柄			
疾病の名称	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血しょう分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害また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（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）				

(注) この上の欄は申請者(世帯主)本人が自署してください。

医 師 の 意 見 欄	上記の者が上に記載の疾病にかかっていることを認めます。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地</p> <p style="text-align: center;">(保険医療機関) 名 称</p> <p style="text-align: right;">医師名</p>
----------------	---

(問い合わせ先) 横須賀市民生局健康部健康保険課給付係 電話 直通 822-8232

[下の欄は記入しないでください。]

	受 付 者	発効期日 . .
		交付日 . .
交付区分	自己負担限度額	<input type="checkbox"/> 10,000 円 ・ <input type="checkbox"/> 20,000 円

