

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 | | 被保険者記号番号 | |
| | 氏 名 | | 03- | - |
| | | | 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。 | |
| | 年 月 日 | |
| | 所在地 | |
| | (保険医療機関) | 名 称 |
| | 医師名 | |

(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 046-822-8232

[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 |

