

国民健康保険 特定疾病 認定申請書

松川町長 様

令和 年 月 日

申請者（世帯主）

窓口に来た方

住 所

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯主と
の続柄

電 話

下記のとおり申請します。

被保険者の記号番号	松川		_____			
認定申請対象者	氏 名			世帯主との続柄		
	生年月日	昭・平・令	年 月 日	診療開始日	昭・平・令	年 月 日
	個人番号	_____				
特定疾病名	<p>1 人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全</p> <p>2 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</p> <p>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。）</p>					
医師の意見欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>医療機関の所在地 及 び 名 称</p> <p>保 険 医 氏 名 印</p>					

***** 以下、町使用欄 *****

受付年月日 令和 年 月 日	
負担区分	滞納状況
10,000 円 ・ 20,000 円	

委任状

松川町長 様

年 月 日

申請者 (委任をする人)	住 所
	氏 名	Ⓜ
	電 話

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

松川町国民健康保険の

4 その他の事項 (特定疾病 認定申請) に関すること

代理人 (委任を受けた人)	住 所
	氏 名
	電 話

***** 以下の欄は、記入不要です。 *****

来 庁 者 の 確 認	<p>(1点確認)</p> <p>① <input type="checkbox"/> 個人番号カード</p> <p>② <input type="checkbox"/> 運転免許証・運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) <input type="checkbox"/> () 手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住証明書</p> <p>③ <input type="checkbox"/> 官公署から発行・発給された写真付の証等 () <氏名、生年月日又は住所記載のもの></p> <p style="text-align: center;">【①・③の証の発行・登録番号等.....】</p> <p>(2点確認)</p> <p>④ ア <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童手当・児童扶養手当証書 イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等 <氏名、生年月日又は住所記載のもの></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>被保険者証 <input type="checkbox"/> 国保税納税通知書等 <input type="checkbox"/>証書 (手帳) 証・種類名等 (.....) </p> <p style="text-align: center;">【④の証・書類の発行・登録番号等.....】</p> <p>⑤ その他の書類等 (.....)</p>
----------------------------	---