

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 松川町元大島3823番地

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名 松川 太郎

氏 名 松川 花子

個人番号 12ケタの個人番号

世帯主との続柄

妻

電 話 36-3111

下記のとおり申請します。

被保険者の記号番号	松川 6ケタの被保険者番号			
認定申請対象者	氏 名	松川 太郎	世帯主との続柄	本人
	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	12ケタの個人番号		
特定疾病名	① 人工腎臓（人工透析）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 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。）			
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。 令和 年 月 日 医療機関の所在地及び名称 保険医氏名			

主治医の証明が必要です

***** 以下、町使用欄 *****

受付年月日	令和 年 月 日
10,000 円	記入不要