

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）
住 所
氏 名
個人番号
電 話

窓口に来た方
※ 世帯主の場合、記入は不要です。
氏 名
世帯主と
の 続 柄

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	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													
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													

***** 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					

年 月 日

申請者
(委任をする人)

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	住 所
(委任を受けた人)	氏 名
	電 話

***** 以下の欄は、記入不要です。 *****

来 庁 者 の 確 認	(1点確認)
	① ☐ 個人番号カード
	② ☐ 運転免許証・運転経歴証明書 ☐ 旅券（パスポート） ☐ （ ）手帳 ☐ 在留カード ☐ 特別永住証明書
	③ ☐ 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＞
	【① - ③の証の発行・登録番号等.....】
(2点確認)	
④ ア ☐ 被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ 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＞ ☐被保険者証 ☐ 国保税納税通知書等 ☐証書（手帳） 証・種類名等（.....）	
	【④の証・書類の発行・登録番号等.....】
⑤ その他の書類等（.....）	