

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

(あて先) 岐阜市長

申請者 住 所 岐阜市
 (世帯主) 氏 名 _____
 個人番号 (_____)
 届出人※氏 名 _____
 個人番号 (_____)

※世帯主と届出人が同一人の場合は、記入不要
 (電 話 _____)

下記の被保険者について特定疾病の認定を申請します。

記号番号	宛名番号	
	個人番号	
氏名	生年月日 年 月 日生	続柄

下記欄に証明を受けてください。(書類添付で申請できる場合もあります。)

医師又は岐阜市福祉事務所長証明欄		
疾 病 名 (該当疾病をチェック) <input type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (血液凝固因子製剤の投与に起因する者に限る。) 上記のとおり診療を受けていることを証明します。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 保険医療機関名 所 在 地 医 師 名 印 </div>		
更生医療	公費負担者番号	受給者番号
上記のとおり更生医療を受給していることを証明します。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 岐阜市福祉事務所長 印 </div>		

福祉医療名	受給者番号
-------	-------

課

決 裁 起 案	年 月 日 年 月 日	課 長	認定してよろしいか。
交付日	年 月 日	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
		受付番号	

備考 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。