

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和〇年〇月〇日

(あて先) 岐阜市長

申請者 住 所 岐阜市 司町40番地1
(世帯主) 氏 名 岐阜 太郎
個人番号 (〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇)
届出人※氏 名 岐阜 花子
個人番号 (〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇)

※世帯主と届出人が同一人の場合は、記入不要
(電話 265 - 4141)

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 〇〇〇〇〇〇〇〇	宛名番号	
	個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
氏名 岐阜 一郎	生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日生	続柄 子

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 <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		
保険医療機関名 所在地 医師名		印
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		
岐阜市福祉事務所長		印

医師又は岐阜市福祉事務所長の証明を受けてください。

福祉医療名	受給者番号
-------	-------

課

決 裁 年 月 日 起 案 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。