

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

調布市長 宛

申請者 住所 _____
氏名 _____ 個人番号 _____
電話番号 _____

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 号	3 1 -			
認 定 申 請 対 象 者	氏 名		個人番号	
	生年月日	年 月 日		
	疾 病 名	1 人工腎臓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（血友病A）又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病B） 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血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症に関する医療を受けてい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。 年 月 日 名 称 医療機関の 所在地 医師名			
処理欄	医師の意見欄に代わる確認書類等（いずれか1つ・写し添付）	☐ 身体障害者手帳 ☐ 前健康保険発行の特定疾病療養受療証 ☐ 身体障害者診断書・意見書（じん臓機能障害用） ☐ 裁判による和解調書の抄本（上記疾病3の場合） ☐ その他当該疾病にかかっていることを公的に証明できるもの（医療券等）		
	所得区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ		