国民健康保険特定疾病認定申請書

年　　月　　日

唐津市長　様

世帯主　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり申請します。

認定申請対象者	被保険者記号・番号		氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日	個人番号	
	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因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病） 3　抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（ＨＩＶ感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）		

※個人番号は医師の意見欄記載後に記入してください。

医師の意見欄	上記のとおり、特定疾病にかかり、診療を受けていることに相違ありません。 年　　月　　日 医療機関　　名　称 所在地 医師名　　㊞ （自署の場合は押印不要）

【職員記入欄】　　年　　月　　日　受付職員（　　）

届出者	電話番号（　　－　　－　　）
申請者確認	①　個人番号カード・運転免許証・障がい者手帳【番号　　】 ②　公的機関が発行した書類・保険証　③住基確認・その他の書類（　　）
個人番号確認	□個人番号カード　□通知カード　□住民票（個人番号付）　□職員確認
代理権確認	□委任状　□施設職員（職員証のコピーをとる）　□その他（　　）