

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

小国町長 殿

申請人 住所
氏名

被保険者証の記号番号			
対 認 定 象 申 者 請	氏 名	生年月日	
	疾 病 名	個人番号	
		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(いわゆる血友病) 3 抗ウイ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者に限る。)	

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 医療機関の名称 所在地 医師名 ㊟
----------------------------	--

摘 要	発効年月日	・	・	交付年月日	・	・
-----	-------	---	---	-------	---	---

更生医療券の発行があるときは、医師の意見書は不要。

町長が証明する欄	当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に 年度の町民税が課されない、又は旧ただし書き所得が600万円以下であることを証明する。 小国町長 氏 名 ㊟
----------	--

備考 「町長が証明する欄」は、認定申請対象者が70歳未満であり人工腎臓を実施している慢性腎不全患者である場合に使用すること。

ただし、保険者が市町村であって、当該事実を公簿などによって確認できるときは省略できる。