

国民健康保険特定疾病認定申請書

国民健康保険法施行規則第27条の13

(注意事項)

- 1) 「組合員(申請人)が記入するところ」欄のみ記入し、担当医師の記載をうけてから組合に提出してください。
 2) 申請人が組合員であれば、申請人欄の捺印は省略できます。
 3) 所得が確認できる証明書の添付をお願いします。
 4) 組合員とその世帯に属する被保険者以外が届出を持参した場合は、委任状の添付が必要です。

組合員(申請人)が記入するところ	被保険者証の記号番号	90—									
	認定を受けようとする被保険者の氏名及び生年月日	氏名									
		生年月日	昭・平	年	月	日					
	個人番号 (マイナンバー)										
	上記のとおり特定疾病療養費受療証の交付を申請いたします。 年 月 日 住所 _____ 組合員(申請人) 氏名 _____ (印) 個人番号(マイナンバー) _____ 中央建設国民健康保険組合理事長 殿										

療養担当医師の意見欄	疾病名	1. 人工腎臓(人工透析等)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 または 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(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、厚生労働大臣が定める者に限る)									
	診療開始年月日	年	月	日	透析開始年月日	年	月	日			
	(診療開始日については記載が困難な場合、省略して差し支えありません。)										
上記疾病のとおり加療中であることに相違ありません。 年 月 日 保険医療機関の所在地、名称及び医師氏名 _____ (印)											

※身元確認欄	確認者	<input type="checkbox"/> 支部	<input type="checkbox"/> 出張所 ()	※ 身元確認欄は支部・出張所で確認のうえ記入してください。
	届出人	<input type="checkbox"/> 組合員	<input type="checkbox"/> 代理人 ()	
	身元確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証		

常務理事	事務局次長	課長	係長	取扱者
本部受理		年	月	日

支部長	取扱者	出張所長
支部受理		年 月 日