

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

1 一組合員（申請人）が記入するところ欄のみ記入し、担当医師の記載を受けてから組合に提出してください。
 2 所事項は記入もれのないようにしてください。また、誤記入等は二重線で抹消し、記入し直してください。
 3 所得が確認できる証明書の添付をお願いします。また、誤記入等は二重線で抹消し、記入し直してください。
 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	認定を受けようとする被保険者	被保険者 記号番号	90-													(枝番)																					
	氏名																																				
	生年月日	昭・平・令												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 _____ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">個人番号 (マイナンバー)</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> 中央建設国民健康保険組合理事長 殿																			個人番号 (マイナンバー)																		
個人番号 (マイナンバー)																																					

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)																
	該当する番号に ○印を付けてください。																	
	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 _____																		

※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"/> 資格確認書・資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> その他 ()												

常務理事	事務局長	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		