

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 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	被保険者 被保険者	被保険者 記号番号	90-	1	3	9	2		2	0	5	0	(枝番)	0	1
	氏名	中建 太郎													
	生年月日	昭和・平成 47 年 10 月 1 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。															
令和6年 9 月 2 日 住所 ○○県○○市○○2-2-2															
組合員 (申請人) 氏名 中建 太郎															
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)													
	該当する番号に ○印を付けてく ださい。														
	診療開始 年月日	令和6年 7 月 30 日	透析開始 年月日	令和6年 8 月 30 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。															
令和6年 8 月 30 日															
保険医療機関の 所在地、名称 及び医師氏名 ○○県○○市○○2023 ○○病院 ○○ ○○															

※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		