

受付	担当	係長	課長

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者 記号番号	記号	46-	番号	(枝番)
--------------	----	-----	----	------

対象者	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	個人番号								

疾病名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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ものに限る。)
-----	---

上記の特定疾病の認定を受けたいので、別紙医師の意見書等関係書類を添えて申請します。

武蔵村山市長 殿

令和 年 月 日

世帯主	住所	武蔵村山市  (Tel. - - )
	氏名	

※太枠内のみ記入してください。

70歳未満	該当・非該当	交付年月日	令和 年 月 日
自己負担限度額	1万円・2万円	発行期日	令和 年 月 日

番号 確認	個人番号カード(身元確認不要) 通知カード 住民票 職権確認 その他 ( )	身元 確認	1 点	運転免許証 身体障害者 健康保険証 その他 ( )	パスポート 住基カード 高齢証
	2 点				

受付者 \_\_\_\_\_