

人吉市国民健康保険 特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者証の記号番号	人吉							対象者の氏名	(男・女) 世帯主との続柄 ()			
	個人番号(対象者)												
	認定対象者の住所	人吉市 町 番地											
	認定対象者の生年月日	昭・平・令 年 月 日							身障手帳の交付	有・無			
疾病名	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因子障害等 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)												

医師の証明欄	上記の疾病により診療を受けていることに相違ありません。												
	令和 年 月 日												
	名 称												
	所在地												
保険医療機関の 医師名 ㊟													
電話番号													

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(〒 -)

世帯主住所 人吉市 町 番地

世帯主氏名 ㊟

個人番号(世帯主)

電話番号 - -

人吉市長 松 岡 隼 人 様

	担当

認定年月日
令和 年 月 日

受付印

人吉市国民健康保険 特定疾病認定申請書

記入例

世帯主が記入する欄	被保険者証の記号番号	人吉	1	2	3	4	5	6	対象者の氏名	(男 女) 世帯主との続柄 (妻)			
	個人番号 (対象者)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	認定対象者の住所	人吉市 麓 町 16 番地											
	認定対象者の生年月日	昭 平 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日								身障手帳の交付	(有 無)		
疾病名	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因子障害等 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)												

医師の証明欄	上記の疾病により診療を受けていることに相違ありません。											
		令和	年	月	日							<div style="border: 2px solid orange; border-radius: 15px; padding: 10px; color: red; font-weight: bold; display: inline-block;">医療機関で証明を もらってください。</div>
	保険医療機関の						名称					
						所在地	医師名				Ⓜ	
								電話番号				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(〒 -)

世帯主住所 人吉市 町 番地

世帯主氏名 Ⓜ

個人番号 (世帯主)

電 話 - -

人吉市長 松 岡 隼 人 様

受付印

認定年月日	担当	
平成 年 月 日		