

国民健康保険特定疾病認定申請書兼決定書

下記の申請について、 <input type="checkbox"/>	記入例	る。
年 月 日 起案		
年 月 日 決定		
課長	課長補佐・係長	係員

- 一般被保険者
- 退職被保険者等

(宛先) 京都市 中京 区長

被保険者証記号番号	京 1 2 3 4 5 6 7 8 9	令和 3 年 4 月 1 日 申請
申請者 (世帯主)	住所 京都市中京区寺町通御池下る下本能寺前町 5 0 0 - 1 氏名 京都 太郎	電話 0 7 5 - 0 0 0 - 0 0 0 0
下記のとおり特定疾病の認定を申請します。		
認定を受けようとする被保険者の氏名等	京都 花子 個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	昭・平・令 3 0 年 1 月 1 日生 )
疾病	<input checked="" 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, 第Ⅸ因子障害等	
診療開始日	令和 2 年 2 月 2 0 日	

(医師又は医療機関の意見)

上記のとおり診療を受け	に相違ありません。また、公費負担医療の受給者
証の提示を受け	
(公費負担者番	診断を受けた医療機関で記載・押印してもらってくだ
年	さい (別途、「意見書」が発行されている場合は「意
所在	見書」を添付していただくと、この欄の記入は不要で
医療機関 名	す。)
医師	又は、「自立支援医療受給者証 (更生医療)」等の特定
	疾病にかかっていることがわかるものを添付してく
	ださい。

処	交付日	年 月 日	資格等	喪失・後期該当	回収
	発効期日	年 月 日			
理	交付証	<input type="checkbox"/> 自己負担限度額 2 万円 (上位所得者世帯に属する 7 0 歳未満の被保険者の人工透析) <input type="checkbox"/> 自己負担限度額 1 万円 (上記以外)			署名
	個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号挙証資料有			
	備考				