

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"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定を決定する。 | | |
| 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 区長

| | | | | |
|----------------------|---|-------|---|--------|
| 被保険者証記号番号 | 京 | 年 | 月 | 日 申請 |
| 申請者 (世帯主) | 住所 氏名 | 電話 | | |
| 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 | 個人番号 (| 昭・平・令 | 年 | 月 日生) |
| 疾 病 | <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, 第Ⅸ因子障害等 | | | |
| 診療開始日 | 年 | 月 | 日 | |

(医師又は医療機関の意見)

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。また、公費負担医療の受給者証の提示を受け、確認しました。

(公費負担者番号……) (公費負担医療の受給者番号……)

年 月 日

所在地

医療機関 名 称

医師又は代表者

| | | | | | |
|---|------|--|-----|---------|----|
| 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70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) | | | |
| | 個人番号 | <input type="checkbox"/> 個人番号挙証資料有 | | | |
| | 備考 | | | | |

| |
|----|
| 署名 |
| |