

# 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	係長	係員

(宛先) 京都市 区長

被保険者記号番号	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	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