

決 済	理事長	事務長	課長(補)	係

受付年月日

## 国民健康保険 特定疾病認定申請書

被保険者証	記号		番号	
被保険者氏名		男 ・ 女	生年月日	昭・平 年 月 日
個人番号				
特定疾病名	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 (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)			
診療開始日	年 月 日			
医師の意見書	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。  <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 医療機関 所在地  名称  医師名 <span style="float: right;">印</span>			
上記のとおり申請します。  <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 組合員 住所  氏名 <span style="float: right;">印</span>  ——個人番号—— 長野県医師国民健康保険組合理事長 殿				

※太枠の中を記入してください

※「1 人工腎臓を実施している慢性腎不全」である70歳未満の被保険者について申請する場合は、所得によって自己負担限度額が異なるため、世帯全員（医師国保組合に加入している被保険者全員）の所得証明書類を添付してください。なお、証明書は、申請月が8月から12月の場合は前年の所得、1月から7月の場合は前々年の所得を証明するものが該当します。

※世帯所得が上位所得者（ア）（旧ただし書所得が901万円を超える世帯）の場合は、所得証明書の提出にかえて、下記に証明いただいても結構です。

所得区分が上位所得者（ア）であることを申請いたします。	
組合員氏名	印