

決 裁	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

長野県医師国民健康保険組合理事長 殿					令和 年 月 日
申請者(組合員)		住所 _____ 氏名 _____ 個人番号 <input type="text"/>			
下記のとおり申請します。					
被保険者証	記号			番号	
被保険者氏名				生年月日	昭・平・令 年 月 日
個人番号	<input type="text"/>				
特定疾病名	<ul style="list-style-type: none"> 1 人工腎臓(人工透析)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 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。 令和 年 月 日 医療機関 所在地 _____ 名称 _____ 医師名 _____ 印				

※「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は、世帯所得によって自己負担限度額が異なるため、当組合にて所得情報等を取得のうえ判定します