

| | | | | | |
|--------|-----|-----|-------|---|-------|
| 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・令 | 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。 令和 年 月 日 医療機関 所在地 名称 医師名 印 | | | |
| 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 組合員 住所 氏名 印 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