国民健康保険特定疾病認定申請書

令和　　年　　月　　日

山都町長　様

申請者(世帯主)
住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり申請します。

被保険者記号・番号		山都		
認定申請対象者	氏　　名		個人番号	
	生年月日	年　　月　　日		
	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 ３．抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		
医師の意見欄		上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年　　月　　日 名　称 医療機関の　所在地 医師名		

処理欄	認定等	イ　市町村民税非課税証明書 ロ　保護申請却下通知書 ハ　公簿 ニ　却下（理由　　）	受付番号（第　　号） 交付番号（第　　号） 認定等年月日 年　　月　　日
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・低Ⅰ・低Ⅱ・現Ⅰ・現Ⅱ	