国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

受付印欄

(宛先) 長野市長

次のとおり、特定疾病に関する意見書、関係書類を添えて交付申請します。

また、適正な交付に際し、世帯主及び同一世帯の国民健康保険加入者全員の住民税課税状況について、税務関係当局に報告を求めることに同意します。

<u>令和 年 月 日</u> 申請者・世帯主									
, 1,1,1	住 所 〒	_							
	長野市								
		(電話	(マ	— — — イナンバーカードの12桁の番号))			
	氏 名		個人番号	-					
	窓口へ来られた方								
	住 所 🕇 👚								
	長野市								
	氏 名			世帯主との続柄()_				
対	被保険者 記 号番号	長 -	個人 番号	(マイナンバーカードの12桁の番号	-)				
対象者	氏名·生年月日			昭・平・令 年	月	日			
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™因子障害又は先天性血液凝固第IX因子障害							
		3 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群							

※意見書欄は<u>医療機関が記入押印してください。</u> (保険医療機関及び保険医療養担当規則第6条によるものです)

特定疾病に関する意見書									
被保険者氏名									
	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全								
認定疾病名	2 血漿	分画製剤を	:投与している外	· 一天性血液凝固第	₹VⅢ因子障害又は先き	天性血液凝固第IX因子障害			
	3 抗ウ	7イルス剤	削を投与して	いる後天性免	疫不全症候群				
上記診療開始日	令	和	年	月	日				
上記の疾病であることを認める。									
令 和	年	月	目						
	所在地								
(医療機関)	名 称								
	医師氏名					印			

※ 特定疾病とは、①人工腎臓を実施している慢性腎不全 ②血友病 ③抗ウィルス剤を投 与している後天性免疫不全症候群(厚生労働大臣の定める者に限る。)をいう。

※ 国保加入前の他の健康保険組合に加入していた当時の特定疾病受療証(原本)の提示があれば『特定疾病に関する意見書』の省略可。

受付者