

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証の 記号・番号等	長 ー	1. ー 般 2. 退職本人 3. 退職家族
被 保 険 者	氏名・生年月日	(男・女) 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 3 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住 所 _____ (世帯主) 氏 名 _____ 個 人 番 号 _____ 電 話 ー ー _____ (宛先) 長 野 市 長		

特定疾病に関する意見書	
被保険者氏名	
認定疾病名	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 3 抗ウィルス剤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 日 所 在 地 _____ (医療機関) 名 称 _____ 医師氏名 _____ 印	

保険者記入欄				
主 務	係 長	補 佐	課 長	資格取得日 昭・平・令 年 月 日
				交付年月日 令和 年 月 日
				発効期日 令和 年 月 日
				自己負担限度額 1万円 / 2万円
上記申請について、認定してよろしいか伺います。				受付印
起案日		備 考		
決裁日				

※ 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。
 ※ 意見書欄は、医療機関が記入してください。（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。）