

記入例

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の 記号・番号		記号 123 番号 456-7	
被 保 険 者	氏名	上田 花子	男・女 <input checked="" type="radio"/> 1 一般被保険者 2 退職被保険者等
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 平成 27年2月1日	診療開始日 令和 2年1月6日
特定疾病名		<input checked="" type="radio"/> 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 3 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 4 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（血液製剤に起因するHIV感染者含む）	
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 2年 1月 10日 療養取扱機関の所在地 上田市大手1丁目11番地16号 及び名称 ○○病院 保険医氏名 長野 一郎 印		
上記のとおり申請します。 令和 2年 1月 15日 世帯主（申請人） 住所 上田市 大手1丁目12番地34号 氏名 上田 太郎 電話番号 0268-22-4100 窓口へ来られた方（代理人） 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____ （申請先） 上 田 市 長			

上記の申請を認定して受療証を交付してよろしいですか。

交付No. \_\_\_\_\_

課長	係長	主務者

