

国民健康保険特定疾病認定申請書

|  |         |   |   |   |    |     |
|--|---------|---|---|---|----|-----|
| 被保険者証記号番号  |         | 松 | — |   |    |     |
| 被<br>保<br>険<br>者   | 氏名      |   |   |   |    |     |
|  | 生年月日    | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 |
|  | 個人番号    |   |   |   |    |     |
|  | 資格取得年月日 | 年 | 月 | 日 |    |     |
| 特定疾病名  |         |   |   |   |    |     |
| 疾病の認定年月日   |         | 年 | 月 | 日 |    |     |
| <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(世帯主) 住所</p> <p style="padding-left: 100px;">氏名</p> <p style="padding-left: 100px;">個人番号</p> <p style="padding-left: 100px;">電話 ( )</p> <p>(宛先)松戸市長</p> |         |   |   |   |    |     |

特定疾病に関する証明書

|  |  |  |  |  |  |     |
|--|--|--|--|--|--|-----|
| 被保険者氏名   |  |  |  |  |  |     |
| 認定疾病名  |  |  |  |  |  |     |
| <p>上記の疾病であることを認める。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(医療機関)</p> <p>所在地</p> <p>名称</p> <p>医師氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p> |  |  |  |  |  |     |
| 備<br>考   |  |  |  |  |  | 受 付 |
|  |  |  |  |  |  | 第 号 |

ここに記載された個人情報は、国民健康保険からの給付を目的として利用されます。

- ※ 特定疾病とは、血友病、慢性腎不全(人工透析を必要とするもの)、後天性免疫不全症候群(抗ウイルス剤を投与しているもので、厚生労働大臣の定めるものに限る。)のことです。
- ※ 更生医療の医療券など認定に該当することを公的に証明するものがあれば、医師の証明は省略できます。

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |