

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	い い だ	番号	—														
被 保 険 者	氏 名				個人番号														
	生年月日	昭 平 令	年	月	日	男・女	1一般被保険者		2退職被保険者										
認定疾病名		A 人工腎臓を実施している慢性腎不全 B 血友病 (血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第8因子または第9因子障害) C 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (血液製剤の投与に起因するものに限る)																	
診断開始日		年			月	日													
A(慢性腎不全)の場合 人工腎臓導入日		年			月	日													
国 民 健 康 保 険 医 の 意 見	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 年 月 日																		
	療養機関の所在地																		
	名 称																		
国民健康保険医 氏名 ㊟																			
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日																			
申請者(世帯主)住所 飯田市																			
氏名																			
電話番号 — —																			
個人番号																			
※世帯主以外の方が来庁された場合のみ記入 代理人住所																			
代理人氏名 (世帯主との関係:)																			
飯田市長 様																			

事 務 処 理 欄	番 号 確 認	世帯主		被 保 険 者		備 考	確認者	
		個人番号カード 通知カード 個人番号記載住民票 または 記載事項証明	保有特定個人情報 住基検索	個人番号カード 通知カード 個人番号記載住民票 または 記載事項証明	保有特定個人情報 住基検索		本人申告 世帯主(別紙) 代理人(別紙)	
身 元 確 認	代理人	一号書類(1点で可) 個カード 免許 旅券 住基ｶﾞ 在留 障帳 ()	二号書類(2点以上) 保険証 介護 高齢証 年金帳 納通 限度額 ()	(左記との組合せで可) 通帳 キャッシュカード 社員証 診察券 ()		本人申告 世帯主(別紙) 代理人(別紙)		
		一号書類(1点で可) 個カード 免許 旅券 住基ｶﾞ 在留 障帳 ()	二号書類(2点以上) 保険証 介護 高齢証 年金帳 納通 限度額 ()	(左記との組合せで可) 通帳 キャッシュカード 社員証 診察券 ()		代 理 人 確 認 法定代理人 (戸籍 住基 成年後見人) 委任状 主の一号/二号書類()		