

記入例

国民健康保険特定疾病認定申請書

記号・番号	記号 君津	番号 123456
認定を受けようとする被保険者の 氏名、個人番号及び生年月日	氏名 君津 花子	男 <input checked="" type="radio"/> 女
	個人番号 123456789123	
	生年月日 <input checked="" type="radio"/> 昭・平・令 30 年 2 月 2 日	
令第29条の2第5項の規定による 特定疾病名（該当する番号に○ 印を付けて下さい。）	<input checked="" type="radio"/> 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血友病（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. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全 症候群（HIV感染を含み厚生労働大臣の定 める者に係るものに限る。）	
上記のとおり申請をいたします。 令和〇〇年〇月〇日 世帯主 住所 君津市久保2丁目13番1号 氏名 君津 太郎 <input checked="" type="radio"/> 印 個人番号 987654321987 君津市長 様		
証 明 書		
上記 君津 花子	は	<input checked="" type="radio"/> 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血友病（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. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全 症候群（HIV感染を含み厚生労働大臣の定 める者に係るものに限る。）
で		
治療していることを証明いたします。 令和〇〇年〇月〇日 医療機関の 所在地 〇〇県〇〇市〇〇123番地 名称 〇〇〇〇病院 医師又は歯科医師名 〇 〇 〇 〇 <input checked="" type="radio"/> 印		

この部分は医療機関の医師による証明（記入・押印）が必要です。

(注) 更正医療券を持参された方は証明書の記載の必要はありません。