

課長	係長	担当

認定年月日
令和 年 月 日

国民健康保険特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	被保険者記号番号	天草				認定対象者の氏名				
	個人番号									
	認定対象者の生年月日	年 月 日				世帯主との続柄				
	認定対象者の住所					身障者手帳の交付				
	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Ⅷ因子障害（血友病） 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫性免疫不全症候群（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。）								

医師の意見書	上記疾病により診療を受けていることに相違ありません。									
	令和 年 月 日									
	療養取扱機関	所在地								
		名称								
	医師名									

国民健康保険法施行規則第27条の14の規定に基づき、上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 天草市

個人番号

氏名 (〇 -)

天草市長 様

※ 備考欄	更新	1万円	一般 退職本人 退職扶養
	新規		
	〔 新規転入 社保等より 〕	2万円	
		担当者	