

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

(宛先) 中能登町長

下記のとおり申請します。

世帯主 住 所  
氏 名 ⑩  
個人番号  
電話番号 ( )

被保険者	被保険者証の記号番号			
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	個人番号	
	住 所			
	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限る。）		
医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。  年 月 日  医療機関 名 称  所在地  医 師 名 ⑩			

事務処理欄

代理権の確認	身元確認（本人又は代理人）	番号関係
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> プレ印字書類 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他 ( )
	2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	