

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

長崎市長 殿

世帯主 住所 _____
(申請者)
氏名 _____ 個人番号 _____
電話番号 _____ - _____

下記のとおり申請します。

被保険者 記号・番号	ながさき・		
認定申請対象者	氏名		個人番号
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	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IX因子障害等 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	

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。
	令和 年 月 日
	名 称
	医療機関の所在地
	医師名 (署名)

処理欄	区分	<input type="checkbox"/> 10,000円 <input type="checkbox"/> 20,000円 (70歳未満上位所得・未申告)	本人確認書類 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他 ()	受付
	交付状況	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 入院先)		