

国民健康保険特定疾病認定 兼 療養受療証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	24 - -	資格	1. 一般 2. 退職本人 3. 退職扶養	交付番号	
	(対象者) 被保険者氏名			生年月日	昭・平・令	年 月 日
	個人番号					
	国民健康保険法施行令第29条の2第8項に規定された疾病名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 (※)				

医 師 の 意 見 欄	上記の疾病であることを証明する。					
	令和	年	月	日		
	医療機関名					
	所在地					
医師名				電話	()	

別紙	あり ・ なし	1 疾病名の記載された公的医療券 (証)	2 その他 ()
----	---------	----------------------	-----------

※ 「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」とは、「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」及び「抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（厚生労働大臣の定める者に係わるものに限る）」をいう。
 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（厚生労働大臣の定める者に係わるものに限る）に係る申請は、医師又は歯科医師の意見の代わりに、裁判所により交付された和解調書の抄本又は医薬品医療機器総合機構により交付された通知書の写しを添付してください。

世 帯 主	上記のとおり、特定疾病の認定及び受療証の交付を申請します。					
	八王子市長 殿					
	令和 年 月 日					
	住所					
氏名				電話	()	
個人番号						
申請届出者	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 認定対象者 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人 ()					

以下保険者記入欄

交付年月	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日・□なし
発効期日	令和 年 月 日	自己負担限度額	1万円 ・ 2万円

個人番号確認済 身元確認済 代理権確認済

※血友病、及び70歳以上の場合は、限度額1万円、有効期限なし

受付印	備考

上記申請により特定疾病の認定及び受療証を交付する。

課長	主査	主任	係	起案者