

# 特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

門真市長 殿

標記の件について、下記の資料及び必要書類を添付して申請します。

新規・更新・再交付

申請者が記入する欄	申請者 被保険者 (世帯主)	住所	門真市			
		氏名	(TEL )			
	認定対象者	記号・番号	門国	—	国保資格	一般・退本・退扶
		氏名		生年月日	S・H	年 月 日
		続柄	本人・妻・( )	診療開始日		
再交付 申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
医師が記入する (意見書)	上記の者は、現在、当医療機関において下記の疾病を治療中であることを証明します。					
	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"/> 血しょう分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 <input type="checkbox"/> 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。)				
	令和 年 月 日 医療機関の所在地: 医療機関の名称: (TEL ) 担当医師氏名 (印)					

門真市 健康保険課 記載欄	供覧・決裁						
	課長	課長補佐	主任	係員	文書管理者	受付	受付日
ファイル名	03-01 特定疾病				5年		