

門真市国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

門 真 市 長 様

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					
		電話番号		個人番号			
	認定対象者	記号・番号	門国	—			
		氏 名		生年月日	昭和・平成・令和	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 ()						
医師が記入する欄 (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: (電話番号) 担当医師氏名					

受付印

受付印