

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

高槻市長 殿

申請者 住所 _____
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	高国		
認定申請対象者	氏名		個人番号
	生年月日	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 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		
--------	---	--	--

処理欄	認定等 イ ロ ハ ニ	市町村民税非課税証明書 保護申請却下通知書 公簿 () 却下 (理由) ()	受付番号 (第 号) 交付番号 (第 号) 認定等年月日 令和 年 月 日
		所得区分 ア・イ・ウ・エ・オ	