

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