

別記様式第9号（第12条の7関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

関市長様

申請者住所 _____

(世帯主)氏名 _____

個人番号 _____

届出人※氏名 _____

※世帯主と届出人が同一人の場合は記入不要
(電話番号 — —)

次の被保険者について特定疾病の認定を申請します。

被保険者記号・番号	個人番号	
氏名	生年月日 年 月 日	世帯主との続柄

次の欄に証明を受けて下さい。(書類添付で申請できる場合もあります。)

医師の証明欄	
疾病名(該当疾病をチェック)	
<input type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全	
<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 上記のとおり診療を受けていることを証明します。	
年 月 日	
保険医療機関名	
所在地	
医師名	

認定してよろしいか

決裁 起案	年 月 日 年 月 日	課長	受付印
交付日	年 月 日		
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	受付者	