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)　□ 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全□ 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 　　　　　 年 　月 　日起案 　　　　　　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 |