

高知市国民健康保険 特定疾病認定申請書

世帯主が記入する欄	世帯主氏名				個人番号	
	氏名				個人番号	
	生年月日	S・H・R	年	月	日	続柄
	住所	高知市				被保険者証記号番号
	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（いわゆる血友病） 3. 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。）				

医師の意見欄	うえ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				
	医療機関の名称				
	医療機関の所在地				
	医師名				

高知市長 様	令和 年 月 日
上記のとおり、特定疾病の認定について申請します。	
住所	高知市
_____	
世帯主氏名	_____
電話番号	_____

(添付書類)  診断書  前保険の特定疾病認定証  身体障害者手帳  自立支援医療受給者証

本申請に対し国民健康保険特定疾病療養受療証を交付してよろしいか。

令和 年 月 日

受付	・	・
----	---	---

係	係長	課長補佐	課長