

高知市国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

高知市長 様

申請者 住所 高知市
(世帯主)

氏名

電話番号

個人番号

下記のとおり申請します。

被保険者証 記号・番号			
認定申請 対象者	氏名		個人番号
	生年月日	S・H・R 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(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	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
	医療機関の名称
	医療機関の所在地
	医師名

処理欄	イ 診断書	証発行区分
	ロ 前保険の特定疾病認定証	
	ハ 身体障害者手帳	受給証・資格確認書(任意記載)
	ニ 自立支援医療受給者証	
	自己負担区分 1万円 ・ 2万円	受付 . .