

特 定 疾 病 認 定 申 請 書

第 号

被保険者証記号番号		小			
被 保 険 者	氏 名				
	生 年 月 日	S H R	年	月	日
		個人番号			
特 定 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 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)			
上記のとおり申請します。		令和	年	月	日
(世帯主)住 所					
氏 名		Ⓜ			
個人番号		電話 () -			

特 定 疾 病 に 関 す る 意 見 書	
被保険者氏名	
認定疾病名	
上記の疾病であることを認める。	
令和 年 月 日	
(医療機関) 所在地	
名 称	
医師氏名	
Ⓜ	
備 考	疾病の認定年月日
	令和 年 月 日
受付印	

※ 意見書は、医療機関で記入して下さい。
 ※ 申請の際、当該疾病にかかっていることが明らかになる医療券等の写しの添付があった場合は、特定疾病に関する意見書の欄は記入を要しません。

代理権の確認	身元確認 (本人又は代理人)	番号確認
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード
<input type="checkbox"/> 委任状		<input type="checkbox"/> 通知カード
<input type="checkbox"/> 登記事項証明書	2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> プレ印字書類 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> システム
<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> その他 ()