

決定年月日
年月日
発効年月日
年月日

課長	補佐	主査	班
太い枠線の中を記入してください。			

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者 記号・番号	記号	31	番号	12345678
認定を受けようとする 被保険者の氏名及び生年月日	氏名	国保 太郎		
	生年月日	昭和 平・令 25年 1月 1日生		
令第29条の2第8項の規定による 特定疾病名（該当する番号に ○印を付してください。）	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（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）			

国民健康保険法施行規則第27条の13第1項により上記のとおり申請いたします。

令和 ○年 ○月 ○○日

世帯主

氏名

国保 太郎

住所

千葉市中央区千葉港2番1号

電話

043-245-5145

あて先 千葉市長

メールアドレス

kenkohoken.HWM@city.chiba.lg.jp

証 明 書

上記_____は

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（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）

で

治療していることを証明いたします。

年 月 日

医療機関の

名称

所在地

医師又は歯科医師名

「証明書」以下の欄は担当の
医師または歯科医師の方が
記入してください。

(注) 更生医療券を持参された方は、証明書の記載は必要ありません。