

様式第19号

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

寒河江市長

様

世帯主 住 所 寒河江市

氏 名

個人番号

電話番号

被保険者 記号・番号		個人番号											
認定申請対象者	氏名	生年月日	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者に限る。)											

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。 年 月 日 医療機関の所在地 名 称 医師名 印												
--------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

更生医療券の発行があるときは、医師の意見書は不要です。

摘要	発効年月日	年 月 日	交付年月日	年 月 日
----	-------	-------	-------	-------

市(町・村)長が 証明する欄	当該認定を受けようとする者の属する世帯の世帯主及びその世帯に属する被保険者に 年度の市町村民税が課されない、又は旧ただし書所得が600万円以下であることを証明する。 市(町・村)長 印			
-------------------	--	--	--	--

備考 「市(町・村)長が証明する欄」は、認定申請対象者が70歳未満であり人工腎臓を実施している慢性腎不全患者である場合に使用すること。
ただし、保険者が市町村であって、当該事実を公募などによって確認できるときは省略できる。