

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

日進市長 あて

申請者（世帯主）住 所 _____
 氏 名 _____
 個人番号 _____
 電 話 _____

※ 別世帯の人が届け出る場合は押印が必要です。

下記のとおり申請します。なお、窓口に行けない場合は次の者に申請書の届出及び療養受療証の受領について委任します。

受任者（届出人）住 所 _____
 氏 名 _____
 電 話 _____

委任者（世帯主）からみた続柄 _____

世帯主が記入する欄	被保険者証の記号番号			一般・退職の別 1 一般被保険者 2 退職被保険者等 (本人・被扶養者)
	認定対象者氏名			
	認定対象者個人番号			
	認定対象者の生年月日	年 月 日	世帯主との続柄	
	疾 病 名	1 血友病 2 人工透析治療を実施している慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		
医師の記入欄	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 名称 所在地 医師 名 印			

※ 世帯主（届出人が届け出る場合は届出人）の本人確認書類を持参してください。なお、別世帯の方が申請書を届け出る場合は、世帯主の本人確認書類も持参してください。

世帯主の本人確認書類

1点	運転免許証・パスポート・個人番号カード（写真あり）・在留カード・身体障害者手帳 その他（顔写真の貼られた証明書等）
2点	医療保険証・年金手帳・年金証書・学生証（写真あり）・社員証（写真あり）・キャッシュカード・預金通帳クレジットカード・その他（

窓口に来られる方の本人確認書類

1点	運転免許証・パスポート・個人番号カード（写真あり）・在留カード・身体障害者手帳 その他（顔写真の貼られた証明書等）
2点	医療保険証・年金手帳・年金証書・学生証（写真あり）・社員証（写真あり）・キャッシュカード・預金通帳クレジットカード・その他（