

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

日進市長宛て

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

以下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 記 号 ・ 番 号			
	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 抗ウィ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			

※ 世帯主（届出人が届け出る場合は届出人）の本人確認書類を添付してください。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添付してください。

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・障害者手帳・その他（顔写真の貼られた証明書等）
2 点	資格確認書・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（

届出人の本人確認書類

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・障害者手帳・その他（顔写真の貼られた証明書等）
2 点	資格確認書・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（