

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者記号番号		東 大 国				—	
認定を受けようとする者の氏名				続柄			
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	個人番号	—	—
認定を受けようとする疾病の名称 (該当疾病番号に○をして下さい)		1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血液分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 3. 血液分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 4. 後天性免疫不全症候群					
上記の通り特定疾病の認定を申請します。							
(宛先) 東大阪市長				令和 年 月 日			
申請者 (世帯主)		住 所					
		氏 名					
		電 話					

特定疾病認定申請にかかる医師の意見書

患者氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
治療及び疾病名 (該当疾病番号に○をして下さい)	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血液分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 3. 血液分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 4. 後天性免疫不全症候群		
上記の疾病で現在加療中であることを証明します。			
(宛先) 東大阪市長		令和 年 月 日	
療養取扱機関		所在地	
名 称			
医師名		印	
◎ 療養取扱機関へのお願い この意見書は、保険給付請求のためのものですので、無償で交付をお願いいたします。			
受付時の確認書類等			

市使用欄

決裁日	年 月 日	起案日	年 月 日	交付年月日	年 月 日
決裁日	課長	担当者	確認者	発行者	受付印

入力日	年 月 日
-----	-------