

(合議) 特定保健係

課長		補佐		係長		担当		文責者		伺	受付番号	
								3種5年			起案	
分類	大	中	小	1 公開		非公開理由 個人情報		認定してよいか 伺います。		決裁	郵送	
	10	11	2	② 非公開								
第 号												
<b>国民健康保険特定疾病認定申請書</b> <span style="float: right;">〔 人工透析を要する方用 (70歳未満) 〕</span>												
認定対象者	被保険者番号	させぼ										一般退本退扶
	氏名										世帯主との続柄	
	個人番号											
	生年月日	年 月 日						男・女				
	居住地											
医師の意見欄	疾病の名称	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血友病(血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は第Ⅸ因子障害) 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ものに限る)										
		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 医療機関名 所在地 名称 医師名										
上記のとおり申請します。あわせて、『国民健康保険特定疾病療養受療証』発行にあたって、今回、および今後受療証の有効期限に至ったとき、自己負担限度額を判定するために、私及び私の世帯員の課税所得等について調査することに同意します。												
年 月 日 住 所 佐世保市 世帯主 氏 名 印 電話番号 -												
佐世保市長 様				個人番号								