

国民健康保険 特定疾病 認定申請書

この申請書は、人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全、血友病、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症の場合に、自己負担限度額の区分を証明する「特定疾病療養受療証」の交付申請手続きに使用します。

<療養を受ける方>（国民健康保険の被保険者）

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		個人番号			
続柄	世帯主から見て 本人・妻・子・他()	被保険者番号	北見	—	

<療養の内容>

疾病名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病 3. その他
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 名称 医療機関の 所在地 医師名

※特定疾病の資格取得は申請のあった月の初日からとなります。

<申請者>（国民健康保険の世帯主）

北見市長 様		(申請日)	年	月	日
上記のとおり申請します。					
フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名	署名	個人番号			
		電話番号	—	—	
住所	(建物名等)				

北見市使用欄

本人確認	提出方法	決定欄	決	課長	係長	係
①番・免・パ・手帳 他()	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 員()	発行期日 年 月 日	裁	国保料係合議	係長	係
②証・年金・児童・ パス・社員・ 高齢証 他()	<input type="checkbox"/> 同住() <input type="checkbox"/> 代理人 代理権確認手段 保険証・委任状 他()	有効期日 年 月 日				
③ヒア	<input type="checkbox"/> 郵送	自己負担区分 1万円 ・ 2万円				
区分	一般・退職本・退職扶	添付書類 <input type="checkbox"/> 更正医療券 <input type="checkbox"/> その他 ()		国保番号		
				宛名番号		

