

専務理事	事務長		係

特定疾病認定申請書

認定対象者の記入欄	被保険者証記号		番 号											
	氏 名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日										
	住 所													
	個人番号 (マイナンバー)			組合員との続柄										
疾 病 名	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2. 人工腎臓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。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 名 称 医療機関の 所在地 医師名 ㊟ </div>													
関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり必要書類を添えて申請します。 令和 年 月 日 自宅住所 〒 電話番号 () <div style="text-align: right;"> 個人番号 (マイナンバー) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">:</td><td style="width: 20px; height: 20px;">:</td> </tr> </table> </div> 申請人(組合員) 氏名					:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:	:	:	:					

■注意事項

- ・個人番号(マイナンバー)は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きにおいて必要となります。
- ・なりすまし防止のため申請人である組合員本人の身元確認書類を添付してください。
- ・慢性腎不全に係る厚生医療券等により当該疾病が明らかである方については、医師の意見欄の記載を要しませんが、代わりにその写しを添付してください。

■添付書類について

- ・申請人である組合員本人の身元確認書類(個人番号カードの表面、運転免許証、パスポート等の写し)

処理欄	限 度 額
	1万円・2万円