

伺	月 日	課 長	主 幹	課長補佐	係 長	主 任	係 員
	丁						

特定疾病認定申請を承認いたしたい。

マイナ保険証の利用登録なし

→ 特定疾病療養受療証を発行・送付

マイナ保険証の利用登録あり

→ 特定疾病療養受療証を発行せず、通知文書を送付

国民健康保険特定疾病認定申請書

被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号	山 1					(枝番)	
フリガナ 認定を受けよう とする被保険者 氏名							性 別
							1 男
							2 女
個 人 番 号							
生 年 月 日	年 月 日						
認定を受けようとする 被保険者のかかっている 疾病の名称・病名	<input type="checkbox"/> 人工透析を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群						受 付
							本 庁 支 所
備 考							担 当 者

上記により、特定疾病の認定を申請します。

令 和 年 月 日

住所 下関市 町 丁目

番 号

(世帯主)

氏名

電話番号 () -

(あて先)

下 関 市 長