

相模原市
国民健康保険

国民健康保険特定疾病認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者記号・番号	10 -	資格取得年月日	昭平 令	年	月	日
	被保険者の個人番号		資格取得事由				
	対象者 フリガナ		生年月日	昭平 令	年	月	日
	氏名						
人工腎臓を実施している慢性腎不全 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第 因子障害又は、先天性血液凝固第 因子障害 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者に係るものに限る。)							

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり、診療を受けていることを証明します。						
	年 月 日						
	医療機関名						
	所在地						
医師名							
電話番号 ()							

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	上記のとおり、特定疾病の認定を受けたく申請します。						
	年 月 日						
	住所 _____						
	申請者(世帯主) 氏名 _____						
個人番号 _____							
電話番号 自宅 ()							
緊急連絡先 ()							
国民健康保険に関するご連絡に使用します。							

受 付 窓 口 職 員 処 理 欄	受付年月日、受付場所	令和 年 月 日	国保年金課・() 区民課・() まちづくりセンター		受付者
	保険者番号	19(緑) 27(中央) 35(南)	交付年月日	令和 年 月 日	
	年齢判定	70歳未満・70歳以上	発効期日	令和 年 月 日	
	世帯合計所得 (判定基準額 600万円)	円	有効期限	令和 年 月 日	
	自己負担限度額	1万円・2万円	対象者住民コード		

国 保 年 金 課 処 理 欄	決裁者	担 当	合 議	本 人 確 認 欄	身元確認 本人	代理人	代理権確認
	備考	喪失日	令和 年 月 日		写真有(1点)	写真無(2点以上)	委任状 その他 ()
	喪失理由	1. 転出 2. 社保加入 3. 生保開始 4. 死亡 5. 後期高齢 6. 他()			番号カード 免許証	保険証(国・後・社) 年金手帳・証書	代理人氏名
					障害者手帳(身・療・精)	医療証(障・親・)	
				住基カード(写真有)	その他		
				その他()	()		
				番号確認		本人との関係	
				番号C 通知C O L 他()			