国民健康保険特定疾病認定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　年　　月　　日  （あて先）焼　津　市　長  住　　所　焼津市  世帯主  氏　　名  個人番号  電　　話  □　代理人氏名・連絡先  　　　　　　　　　　　　□　使　者氏名・連絡先 | | | | | | | | | | | | | |
| 下記の者が、厚生省令に定める特定疾病療養該当者であることを認定願います。  記 | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 記号・番号 |  | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 認定疾病名 |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 医師の意見書 | 上記の者について（病名　　　　　　　　　　　）の療養が必要であることを認めます。  令和　　　年　　　月　　　日  所　在　地  医師　　医療機関名    氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

（注）１　障害者手帳、医療券等によって当該疾病が確認できる場合には、意見書の記入

　　　　は必要ありません。

　　　２　当該特定疾病の認定は、申請書受理日の属する月の初日から適用となります。

市職員記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人確認 | 運転免許証・ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ・在留ｶｰﾄﾞ・（　　　　　　　） | 受付者印 |  |
| その他２点（　　　　　　　　　）（　　　　　　　　　） |