

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

申請者が記入する欄	記 号 番 号	20— —										
	認 定 対 象 者	氏 名										
		生年月日	年			月			日			
		対 象 者 個人番号										
上記のとおり申請します。 練馬区長 殿 <span style="float: right;">年 月 日</span>  住 所  世帯主  氏 名  <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">                     世帯主個人番号                 </div> <span style="margin-left: 10px;">( )</span>  電話番号 ( )												

医師の意見欄	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因子障害等（血友病） 2 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。） 3 人工腎臓を実施している慢性腎不全
	上記の疾病で診療を受けていることに相違ありません。 <span style="float: right;">年 月 日</span>  (医療機関) 所在地  名 称  医師名	

上記疾病での診療開始日		年 月 日	
区処理欄	自己負担限度額	人工透析（70歳未満）	<input type="checkbox"/> 2万円（ア・イ） <input type="checkbox"/> 1万円（ウ・エ・オ）
	来 庁 者 本人確認書類	人工透析（70歳以上）	<input type="checkbox"/> 1万円
		人工透析以外	<input type="checkbox"/> 1万円
		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 聴聞 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	受 付 者	【備考】	