

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													
	年月日													
	住所													
	世帯主													
	氏名													
	世帯主個人番号													
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 抗ウィ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。 年月日												
	(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）						
		人工透析（70歳以上）	<input type="checkbox"/> 1万円									
	来庁者 本人確認書類	人工透析以外	<input type="checkbox"/> 1万円									
		□主 □員（ ） □他（ ） □マイナンバーカード □免許証 □資格確認書 □聴聞 □その他（ ）										
受付者		【備考】										