

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 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。 (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） 人工透析（70歳以上） 人工透析以外	<input type="checkbox"/> 2 万円（ア・イ） <input type="checkbox"/> 1 万円 <input type="checkbox"/> 1 万円 <input type="checkbox"/> 1 万円（ウ・エ・オ）
	来 庁 者 本人 確 認 書 類	<input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 員（ ） <input type="checkbox"/> 他（ ） <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 <input type="checkbox"/> 聴聞 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	受 付 者	【備考】	