

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

申請者が記入する欄	被保険者証の記号番号	2 0 -                      -																									
	認 定 対 象 者	氏 名																									
		生年月日	年			月			日																		
		対象者 個人番号																									
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>練馬区長</p> <p style="text-align: right;">年            月            日</p> <p>世帯主 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 5px 0;"> <tr> <td style="width: 30%;">世帯主個人番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>電話番号                      (                      )</p>														世帯主個人番号													
世帯主個人番号																											

医師の意見欄	疾 病 名	<p>1 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 因子障害等 ( 血友病 )</p> <p>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。 )</p> <p>3 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p>											
	<p>上記の疾病で診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">年            月            日</p> <p>( 医療機関 ) 所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>												

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 )	2 万円 ( ア・イ )	1 万円 ( ウ・エ・オ )				
	来 庁 者 本人 認 認 書 類	人工透析 ( 70歳以上 )	1 万円					
		人工透析以外	1 万円					
受 付 者	マイナンバーカード	免許証	保険証	聴聞	その他 (                      )			
	【備考】							