

# 国民健康保険特定疾病認定申請書兼受領書

被保険者	記号	福				番号					
認定対象者 氏名							生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
対象者 個人番号									世帯主との 続柄		
疾病名 該当する疾病名に ☑してください。	<input type="checkbox"/> 人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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、第Ⅸ因子障害 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 ※注										

※注 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。

## ○医師の意見欄

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 所在地 医療機関 名称 医師名
-------------------------------------------------------------------

上記のとおり申請し、受領しました。

令和 年 月 日

住所 福知山市

世帯主氏名

世帯主  
個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

福知山市長 様

電話

—	—
---	---

この申請書に記載いただいた特定個人情報（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第8項に規定する特定個人情報をいう。）は、福知山市国民健康保険事業に係る事務に利用します。

## <事務処理欄>

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> その他（ ）										
実存確認方法	写真有	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ）									
	写真無	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
手続き方法	窓口申請（ <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人） <input type="checkbox"/> 郵送による申請										

交付日	令和 年 月 日	負担額	1万 ・ 2万		受付者					
発効期日	令和 年 月 日	有効期限	令和 年 月 日	個人コード						
取得日	年 月 日	決 裁	認定する		課長	補佐	係長	係		
喪失日	令和 年 月 日		認定しない (理由)							

届出人	住所			
	氏名		世帯主との続柄	
	電話番号	( )	—	
	備考欄			