

国民健康保険 特定疾病 認定申請書

坂城町長 様

年 月 日

申請者（世帯主）
坂城町大字

窓口に来た方
※ 世帯主の場合、記入は不要です。

住 所

氏 名 ㊟

氏 名 ㊟

個人番号

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

世帯主との続柄 ㊟

電 話

下記のとおり申請します。

被保険者証の記号番号	.	1. 一般 2. 退職本人 3. 退職家族																								
認定申請対象者	氏 名			男・女	世帯主との続柄																					
	生年月日	年	月	日	診療開始日	年	月	日																		
	個人番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td style="width: 10%; height: 15px;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr></table>																								
特定疾病名	1 人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V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。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 医療機関の所在地及び名称 保 険 医 氏 名 ㊟																									

***** 以下、市町村自由使用欄 *****

委任状

長 様

年 月 日

申請者 (委任をする人) 住 所 _____
 氏 名 _____ (印)
 電 話 _____

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

●●● (市町村) 国民健康保険の

- 1 国民健康保険証 (高齢受給者証) の再発行の手続き及び受領に関する事
- 2 限度額適用認定証及び標準負担額減額認定証の発行及び受領に関する事
- 3 国民健康保険税 (料) に関する事
- 4 その他の事項 () に関する事

代理人 住 所 _____
 (委任を受けた人) 氏 名 _____
 電 話 _____

***** 以下の欄は、記入不要です。 *****

来庁者の確認	(1点確認)
	① <input type="checkbox"/> 個人番号カード
	② <input type="checkbox"/> 運転免許証・運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) <input type="checkbox"/> () 手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住証明書
	③ <input type="checkbox"/> 官公署から発行・発給された写真付の証等 () <氏名、生年月日又は住所記載のもの>
	【① - ③の証の発行・登録番号等 _____】
(2点確認)	
④ ア <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童手当・児童扶養手当証書 イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等 <氏名、生年月日又は住所記載のもの> <input type="checkbox"/> _____ 被保険者証 <input type="checkbox"/> 国保税納税通知書等 <input type="checkbox"/> _____ 証書 (手帳) 証・種類名等 (_____)	
【④の証・書類の発行・登録番号等 _____】	
⑤ その他の書類等 (_____)	