様式第１４号（第１７条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  記号番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | | |
| 認定を受けようとする被保険者 | | 氏名 | | |  | | | | | | 個人番号 |  | | |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | 世帯主  との続柄 |  |
| 疾病名 | | １人工腎臓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（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。  　　　　　年　　　月　　　日  医療機関  名　称  所在地  医師名 | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、特定疾病の認定を申請します。  　　　　年　　　月　　　日    　　　　　　　　　　　　　　　　住所  竹田市長　様　　申請者（世帯主）氏名    　　　　　　　　　　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市　の　記　入　欄 | 窓口に来た方 | □世帯主 □同一世帯員 □代理人 | 個人番号確認 | □個人番号カード □通知カード □住民票 □公簿 | | | |
| 窓口に来た方の本人確認 | ＜写真付き1点確認＞□個人番号カード □運転免許証 □旅券 □身障手帳 □在留カード □（　 　　　）  ＜写真なし2点確認＞□資格確認書等 □年金手帳 □身分証明書 □(　　 　　　　　 　 　　　） | | | | | |
| 代理権の確認 | □戸籍謄本（法定代理人）□委任状　□委任状省略（同一世帯員）□本人しか持ち得ない書類（　　　　　） | | | | | |
| 添付書類 | ＜医師の意見欄に記入がないとき＞　□医師の意見書　□前の保険者の受療証 | | | | | |
| 年齢区分 | □７０歳未満　□７０歳以上 | | | | | |
| ７０歳未満の  所得区分 | □ア　　□イ　　□ウ 　□エ　　□オ | | | | | |
| 自己負担限度額 | □２万円（７０歳未満の所得区分ア及びイの者で、人工腎臓を実施している慢性腎不全の場合）  □１万円（上記以外） | | | | | |
| 確認書等の交付年月日 | 年　　月　　日 | | | 受付 | 確認 | 確認書等発行 |
| 確認書等の発効期日 | 年　　月　　日から有効 | | |  |  |  |
| 確認書等の有効期限 | 年　　月　　日 | | |