

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	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人	個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 公簿	
	窓口に来た方の 本人確認	<写真付き1点確認> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> () <写真なし2点確認> <input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> ()			
	代理権の確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 (法定代理人) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 委任状省略 (同一世帯員) <input type="checkbox"/> 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> <input type="checkbox"/> 医師の意見書 <input type="checkbox"/> 前の保険者の受療証			
	年齢区分	<input type="checkbox"/> 70歳未満 <input type="checkbox"/> 70歳以上			
	70歳未満の 所得区分	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ			
	自己負担限度額	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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			