

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

あて先 寝屋川市長

申請者 住所

氏名 個人番号

電話番号

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号					
認 定 申 請 対 象 者	氏 名			個人番号	
	生年月日	年 月 日			
	疾病名	1 人工透析を必要と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因子障害等 3 先天性血液凝固因子障害			
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 名 称 医療機関の 所在地 医師名				
処 理 欄	認 定 等	イ	市町村民税非課税証明書	受付番号 (第 号)	
		ロ	保護申請却下通知書	交付番号 (第 号)	
	ハ	公簿 ()	認定等年月日		
	ニ	却下 (理由)	年 月 日		
	所得区分		ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ		