

国民健康保険 特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

常滑市長 殿

世帯主	住 所	常滑市												
	氏 名													
	個 人 番 号													
	電 話	— —												
申請者	住 所	☐ 世帯主に同じ												
	氏 名	☐ 世帯主に同じ												
	電 話	☐ 世帯主に同じ — —												

☐この申請において世帯主・被保険者の個人番号を常滑市が確認することに同意します。

次のとおり申請します。

世帯主が記入する欄	被保険者証番号												
	認 定 対 象 者	氏 名											
		個 人 番 号											
		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日										
	疾 病 名	☐ 血友病 ☐ 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全（70歳未満上位確認） ☐ 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群											
理 由	1 新規 2 転入 2. 3 の場合は適用開始日 3 他保険より移行 4 その他 年 月 日												
年齢区分		未就学児 ・ 若人 ・ 前期高齢者 70歳以上一般 ・ 70歳以上現役並み所得者											

医師の証明欄	上記疾病の診療を受けていることに相違ありません。												
	令和 年 月 日												
	医療機関名												
	所 在 地												
	医 師 名												

申請者の本人確認書類 ☐マイナカード ☐免許証 ☐パスポート ☐その他（ ）