

第17号様式

相模原市
国民健康保険

国民健康保険特定疾病認定申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証記号番号	10 -	一般	退職本人	退職扶養
	資格取得年月日	昭和・平成	年	月	日
	対象者 フリガナ	生年月日		昭和	平成
	氏名			年	月
人工腎臓を実施している慢性腎不全 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第 因子障害又は、先天性血液凝固第 因子障害 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を証明します。				
	平成 年 月 日				
	医療機関名				
	所在地				
	医師名 (印) 電話番号 ()				

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	上記のとおり、特定疾病の認定を受けたく申請します。				
	年 月 日 住所 _____				
	申請者(世帯主)氏名 _____				
	電話番号 自宅 () 勤務先 ()				
	相模原市長 あて				

国 民 健 康 保 険 課 処 理 欄	人工透析判定		交付年月日	平成 年 月 日	
	70歳未満	該 当 ・ 非 該 当	発効期日	平成 年 月 日	
	世帯合計所得 (判定基準額600万円)	円	有効期限	平成 年 月 日	
	自己負担限度額	1万円・2万円	担当者		
	確 認 日	平成 年 月 日	対象者住民コード		
	喪 失 日	平成 年 月 日	上記申請に基づき特定疾病の認定をしてよろしいか。		
	喪 失 理 由		決 裁 年 月 日	主 幹	副主幹
	1. 転出 2. 社保加入 3. 生保開始 4. 死亡 5. 後期高齢 6. 他()		平成 年 月 日	担 当	合 議

特定疾病認定申請書の記載について

1 申請書記載上の注意

被保険者が記入する欄 — 必ず記入をしてください。なお、病名に関しては該当する項目に「レ点」を付けてください。

医師の意見欄 — 特定疾病の認定を受ける場合に必要になりますので、必ず医療機関で記入してもらってください。なお、以前社会保険や他市国民健康保険等で認定を受けていた場合には、その認定証のコピーの提出によりこの欄に替えることができます。

2 対象となる疾病

- ・ 人工腎臓を実施している慢性腎不全
- ・ 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅲ因子障害又は、先天性血液凝固第Ⅲ因子障害
- ・ 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。）

3 自己負担限度額について

この証によって認定疾病に係る診療を受ける場合に支払う金額は、保険医療機関等ごとに1ヶ月につき1万円になります。ただし、「人工腎臓を実施している慢性腎不全」の認定を受けている方で上位所得者(国民健康保険税の算定の基礎となる基礎控除後の所得が600万円を超える世帯)は限度額が2万円になります。

4 その他

特定疾病の認定は国民健康保険課に申請をした月の1日からになります。なお、月の途中で国民健康保険の資格を取得した場合は、その日からとなります。

[お問い合わせ先]

相模原市役所

国民健康保険課 企画給付担当

〒229-8611

相模原市中央2丁目11番15号

042(769)8235(直通)

042(754)1111(代表)