

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	被保険者記号・番号	10—	資格取得年月日	昭平 令	年	月	日
	被保険者の個人番号		資格取得事由				
	対象者 フリガナ		生年月日	昭平 令	年	月	日
	氏名						
<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。  年 月 日  医療機関名  所在地  医師名 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 _____ 個人番号 _____  電話番号 自宅 ( ) 緊急連絡先 ( ) ※国民健康保険に関するご連絡に使用します。
--	--

受 付 窓 口 職 員 処 理 欄	受付年月日、受付場所	令和 年 月 日 国保年金課・( ) 区民課・( ) まちづくりセンター	受付者
	保険者番号	19(緑) 27(中央) 35(南)	交付年月日 令和 年 月 日
	年齢判定	70歳未満・70歳以上	発効期日 令和 年 月 日
	世帯合計所得 (判定基準額600万円)	円	有効期限 令和 年 月 日
	自己負担限度額	1万円・2万円	対象者住民コード

国 保 年 金 課 処 理 欄	決裁者	担 当	合 議	本 人 確 認 欄	身元確認 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	代理権確認		
	備考	喪失日	令和 年 月 日		写真有(1点)	写真無(2点以上)	<input type="checkbox"/> 委任状	
	喪失理由	1. 転出 2. 社保加入 3. 生保開始 4. 死亡 5. 後期高齢 6. 他( )			<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> 各種証(国・後・社・介)	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
						<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留C	<input type="checkbox"/> 年金手帳・証書	代理人氏名
				<input type="checkbox"/> 障害者手帳(身・療・精)	・基礎年金番号通知			
				<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 医療証(障・親)			
				( )	<input type="checkbox"/> その他( )			
					番号確認	本人との関係		
					<input type="checkbox"/> 番号C <input type="checkbox"/> 通知C <input type="checkbox"/> OL <input type="checkbox"/> 他( )			