

国民健康保険 特定疾病認定申請書

対象被保険者	記号・番号	長 国		生年月日	S・H・R	年	月	日
	氏 名							
	個人番号							
申請疾病名 (該当するものを選択)		1. 慢性腎不全（人工透析） 2. 血友病 3. 血液製剤に起因するH I V感染症						

(宛先) 河内長野市長

上記のとおり特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日

申請者

(世帯主)

住所

氏名

個人番号

電話番号 () -

医 療 機 関 意 見 書

上記被保険者は、厚生労働大臣の定める高額長期疾病に
下記のとおり該当するものであります。

認定疾病名	
診療開始日	年 月 日
備 考	

*診療開始日は、特定疾病としての開始日をご記入ください。

(医療機関) 住所

名称

(医師名)

印

令和 年 月 日

市役所記入欄

受付日	年 月 日	発効期日	年 月 日
交付日	年 月 日	有効期限	年 月 日
月額上限	1万円 / 2万円		