

国民健康保険 特定疾病認定申請書

対象被保険者	記号	長国	番号			
	氏名				性別	男・女
	生年月日	年		月	日	
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HIV感染症				

河内長野市長(宛)

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：河内長野市

氏名：

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		