様式第14号(第18条関係)

国民健康保険特定疾病認定申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 世帯主が記入する欄 | 被保険者証 | 記号・番号 | 　　み塩　　　A |
| 区分 | 　　１．一般被保険者　　２．退職被保険者　　３．退職被保険者の被扶養者 |
| 認定対象者 | 氏名 |  | 性別 | 男　･　女 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　　 | 世帯主との続柄 |  |
| 個人番号 |  |
| 住所 |  |
| 疾病名 | 　　１．血友病　　２．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全　　３．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） |
|  |
| 医師の意見欄 | 　　　うえのとおり、診療を受けていることに相違ありません。　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  | 医療機関名 |  |
| 所在地 |
| 医師名 |
|  |
| 　上記のとおり申請します。　　　　　年　　　月　　　日 |
| 申請者（世帯主） | 住所 |  |
| 氏名 |
| 個人番号 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 電話　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　　) |  |
| 　塩竈市長　　殿 |
|  | 本人確認欄 |  |
| □個人番号カード　□運転免許証　□パスポート　□その他(　　　　　　　・　　　　　　　　) |