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(　　　　　　　・　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |