

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

長崎市長 殿

世帯主住所

(申請者)

氏名

個人番号

電話番号

下記のとおり申請します。

被保険者 記号・番号		ながさき・		
認定申請対象者	氏名			個人番号
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	疾病名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 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因子障害等		

医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
	令和 年 月 日
	名 称
	医療機関の 所 在 地
	医 師 名 (署 名)

処理欄	区分	☐ 10,000円 ☐ 20,000円 (70歳未満上位所得・未申告)	本人確認書類 ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 資格確認書 ☐ その他 ()	受付
	交付状況	☐ 窓口 ☐ 郵送 (☐ 住所地 ☐ 入院先)		
				備考