

(様式1)

担任	係長	課長
----	----	----

国民健康保険特定疾病認定申請書

(宛先)川崎市長

令和 年 月 日

住所 川崎市 区

申請者 (世帯主) _____
電話 () _____
個人番号

次のとおり申請します。

被保険者証記号番号	50 -
認定を受ける被保険者名	
個人番号	<input type="text"/>
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
世帯主との続柄	
疾 病 名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血友病 (血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害) <input type="checkbox"/> 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、厚生大臣の定める者に係るものに限る。)

記入しないでください	確 認 書 類	<input type="checkbox"/> 医師の意見書 <input type="checkbox"/> 更生医療券 <input type="checkbox"/> その他()
	発 行 期 日	令和 年 月 日から
	被 保 険 者 区 分	<input type="checkbox"/> 一般国保被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者・被扶養者
	非 該 当 事 由	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度(障害認定・75歳以上)へ移行 <input type="checkbox"/> 社保加入 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> 認定疾病非該当 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他()
	非 該 当 日	令和 年 月 日(端末処理 令和 年 月 日)
	備 考	