

国民健康保険 特定疾病認定申請書

認定対象者について記入する欄 (マイナ保険証※をお持ちの方は認定のみとなり、証の発行はありません。)									
被保険者 記号・番号	滋大								
被保険者氏名									
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	世帯主と の続柄				
個人番号									
疾病名	(該当する疾病に○をしてください) 1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病 3. 後天性免疫不全症候群 (厚生労働大臣の定めるものに限る)								

※健康保険証利用登録のされたマイナンバーカード

医師の意見欄 (医師名は必ず自署にてご記入ください)	
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 保険医療機関の 名称 所在地 医師名	

上記のとおり申請します
令和 年 月 日
(あて先) 大 津 市 長

【世帯主】

住 所 大津市
氏 名
電話 ()

※事務処理欄		※窓口確認欄		受付印
国保資格取得日	年 月 日	申告確認 (70歳未満のみ)		
発効期日	年 月 日	証の交付確認	・被保険者証 ・資格確認書 ・お知らせ(認定のみ)	
担当者	該当を○で囲む 新規 ・ 再交付			