

## 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

国保資格取得日	年 月 日
発効期日	年 月 日
担当者	該当を○で囲む
	新規 ・ 再交付

## ※窓口確認欄

申告確認 (70歳未満のみ)		受付印
証の交付確認	・資格確認書 ・お知らせ(認定のみ)	