決裁	課長	課長補佐	係長	係員	処理欄	
					交付年月日	令和　　年　　月　　日
					発効年月日	令和　　年　　月　　日
					自己負担限度額	万円

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の記号及び番号	宮国		適用区分	一般 ・ 退職	
認定対象被保険者	氏　　名		世帯主との続柄		
	申請者個人番号		世帯主個人番号		
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日		性別	男 ・ 女

疾病の名称	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凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（いわゆる血友病） 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に係るものに限る）

医師の意見書欄	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 所在地 医療機関　名　称 担当医師氏名　　㊞
備考	

宮古島市長　殿

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

住　所

世帯主　　氏　名

電話番号

※ 個人番号：持参・職員記入（ 忘れ・拒否・持っていない ）

本人確認書類（運転免許証 ・ 個人番号カード ・ パスポート ・ その他（　　））