

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	
認定対象 被保険者	氏 名				世帯主との続柄	世帯主 ・ 世帯員()	
	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. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第8因子障害または 先天性血液凝固第9因子障害(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 ⑩						
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							

※ 本人確認書類(運転免許証・マイナンバーカード・パスポート・その他())
※ 個人番号：持参・職員記入(忘れ・拒否・持っていない)