

常務理事			事務長	係
庶務	会計	業務		

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証 記号・番号	記号	番号	所得区分	上位 ・ 一般	
組合員	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
認定 対象者	氏名		生年月日	年 月 日	男・女
	組合員との続柄				
認定対象者の住所		〒			
疾 病 名 (該当する疾病の番号を ○で囲んでください。)		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 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。)			

様式第二十五号

医師の意見欄	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
	医療機関の所在地
	医療機関の名称
	医 師 名
	(印)

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日
〒
住 所
組合員
氏 名
(印)
長崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

注意 70歳未満で人工透析を実施している慢性腎不全の方は、所得証明書等の確認書類を添付してください。(世帯に属する被保険者の所得額が600万円を超える場合は上位所得者、600万円以下の場合是一般所得者となり負担額が異なります。)添付がない場合は、上位所得者として取り扱うこととなります。