

様式第32号(第40条の3関係)

記載例

課長	課長補佐	係長	係

この申請書は、下記2点が記載されている必要があります。

- ①申請者が、赤い点線内を記入
- ②医療機関が、医師の意見欄を作成

国民健康保険
特定疾病認定申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号	鹿	番 号	1 2 3 4 5 6 7 8
	個人番号	1234-5678-9123		
	認定を受けようとする 被保険者	氏名(ふりがな) かしま ともみ 鹿嶋 友美	生年月日 平成 2 年 2 月 2 日	
	疾 病 名	1. 人工透析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 又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 (H I V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 欄	上記のとおり診療を受けていること	医療機関で記入してもらいましょう。
	年 月 日	
	名 称	
	医療機関の所在地	
		医師名

上記のとおり申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

世帯主

申請者は「世帯主」です。

日中連絡の取れる
電話番号の記入

住 所 鹿嶋市平
氏 名 鹿嶋 太郎
個人番号 5678-9123-4567
電話番号 050-1234-5678

鹿嶋市長

様