

|                                       |                               |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------|---|---|---|---------|----|----|-----|---|
| 受                                     | 付                             | 令和                                                        | 年         | 月 | 日 | 交 | 付       | 令和 | 年  | 月   | 日 |
| 国民健康保険特定疾病認定申請書                       |                               |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
| 世帯主が記入する欄                             | 被保険者<br>記号・番号                 |                                                           | 世帯主<br>氏名 |   |   |   |         |    |    |     |   |
|                                       | 認定対象者<br>氏名                   |                                                           |           |   |   |   |         |    | 性別 | 男・女 |   |
|                                       | 個人番号                          |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
|                                       | 認定対象者<br>生年月日                 | 昭和<br>平成<br>令和<br>年　月　日                                   |           |   |   |   | 世帯主との続柄 |    |    |     |   |
|                                       | 認定対象者<br>住所                   | 大分県由布市                                                    |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
|                                       | 疾　病　名                         | １．血友病<br>２．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全<br>３．血液凝固因子製剤に起因するH I V感染症 |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
| 医師の意見欄                                | 上記の疾病について、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                      |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
|                                       | 名　称                           |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
|                                       | 医師名                           |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
|                                       | Ⓜ                             |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
| 国民健康保険法施行規則第２７条の１３の規定により、上記のとおり申請します。 |                               |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
| 令和　　　年　　　月　　　日                        |                               |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
| 世帯主　住所                                |                               |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
| 氏名                                    |                               |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
| 個人番号                                  |                               |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
| 代理届出者　住所                              |                               |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
| 氏名                                    |                               |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
| 世帯主との関係                               |                               |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
| 電話番号                                  |                               |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |
| 由布市長　　　　　様                            |                               |                                                           |           |   |   |   |         |    |    |     |   |