国民健康保険特定疾病認定申請書

典	Ш	市	長	糕
显	щ	111	LX	ΊЖ

 	TI 112 IX	11																			
<u>※太枠の</u>	の中のる	み記入	して	くだ	さし	١,					Ħ	訷	年	月日	3			年		月	日
申	住	所	豊	田	市						_										
世 請帯 主	氏	名														電記	舌	_	•		
者〜	個人	番号							 	 								個人=	コード		
下記のとおり申請します。																					
₩	被	保 『	숨	老		!	!				Ţ					- !	T	個	Д П-	ード	

世	被	保	:	険	者				-										個人	コー	'	
帯	の ·	個	人	番	号																	
	被	保	:	険	者																	
主	記	号		番	号																	
が	認	定	対	象	者																	
記	の		氏		名																	
入	認 の:			象月	者日					年	Ξ.		F	}		日	世続	帯	主	と の 材		
す						1.人	Τį	透析	f治	療る	と行	うル	シ要	の	ある	慢怕	生腎	'不:	<u>全</u>			
る	}	疾	病	名		2.血 2 ta			フタ	川太	t 乃	- 1	T1	١Z	※コ	= ⊮ /	ለ ገ	た不	一	- 伝) Y	

3.抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

(該当する疾病名に〇をつけてください)

医	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
師	
の	年 月 日
意	医療機関 名 称
見	所在地
欄	医師名

長期開	始年月日	年	月	日				
ЬΠ	(窓口に来た人)	(続札	丙)		判定所得	円	受付	
	本人確認				限度額	1万円 / 2万円	ווא	
横	1点: 免•個	·在·身·他	()	市民税	課税 / 非課税	確認	
们料	2点: 他 ()	中氏疣	無申告	14年前心	