

国民健康保険特定疾病認定申請書
Solicitud de Certificado de Calificación de Enfermedad Especificada

豊田市長 様

※ Llene solamente los campos en la tabla en negrita

Datos del Jefe de Familia		申請年月日 Fecha de solicitud	年 月 日 (año/mes/día)
申請者 (世帯主) Solicitante (Jefe de familia)	住所 Dirección	Toyota-shi	
	氏名 Nombre		電話 Tel -
	個人番号 Número personal "My Number"		個人コード

下記のとおり申請します。

世帯主が記入する欄 Llenado por el Jefe de familia	被保険者の個人番号 Número del Asegurado		個人コード	
	被保険者記号・番号 Número de Identificación del Seguro	—		
	認定対象者の氏名 Nombre del Beneficiario			
	認定対象者の生年月日 Fecha de Nacimiento (año/mes/día)	年 月 日	世帯主との続柄 Relación con el Jefe de Familia	
	疾病名 Nombre de la Enfermedad	1. Insuficiencia renal crónica con necesidad de tratamiento dialítico 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. Hemofilia 血友病 3. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) 抗ウイ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○をつけてください) (Seleccione la respuesta más adecuada.)		

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。 年 月 日 医療機関 名称 所在地 医師名
--------	---

長期開始年月日	年 月 日	判定所得	円	受付
処理欄	(窓口に来た人)	本人確認	1万円 / 2万円	確認
	1点: 免・個・在・身・他 ()	市民税	課税 / 非課税	
	2点: 他 ()		無申告	