

## 国民健康保険 特定疾病認定申請書

申請日 年 月 日

岸和田市長 様

以下のとおり申請します。

記号番号	岸国
------	----

申請者 <small>(世帯主)</small>	氏名		個人番号 (マイナンバー)			
	生年月日	年 月 日				
	住所	岸和田市				
	電話番号	( ) -				
対象者	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ		個人番号 (マイナンバー)		
	生年月日	年 月 日				
	疾病名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 (人工透析) <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第8因子障害及び第9因子障害 (血友病) <input type="checkbox"/> 抗ウイルス薬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)				
	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ <input type="checkbox"/> 対象者と同じ		世帯主からみた 続柄		
届出人	住所					
	電話番号	( ) -				

送付先※	宛名		区分	病院・施設 その他 ( )
	住所	〒 -	電話番号	( ) -

※世帯主住所と異なる場合のみご記入ください。

\*\*\*\*\* これより下は記入しないでください \*\*\*\*\*

処理欄	交付年月日	年 月 日	有効期限	年 月 日	確認書類	意見書 ・ 受療証	
	発効期日	年 月 日		<small>(高齢受給者は75歳の誕生日前日まで)</small>			
	自己負担限度額	若人 (70歳未満)			高齢受給者 (70歳以上)		
		【2万円】人工透析をしている上位所得者 <small>※上位所得者とは国民健康保険料の算定の基礎になる基礎控除後の総所得金額等が600万円を超える世帯 (同一国保の世帯員の方で所得未申告者がいる場合を含む)</small> 【1万円】上記以外			【1万円】		
	受付	担当者	交付	処理区分			
				備考	郵送 (発送日: 年 月 日) 窓口 その他 ( )		