

第 8 号 の 4

国民健康保険特定疾病認定申請書

太線の枠内だけ記入してください

(宛先) 名古屋市 区長 令和 年 月 日				
世帯主 (申請者)				
住 所 名古屋市 区				
氏 名				
個人番号				
電 話 () ー				
次のとおり申請します。				
申請者が記入する欄	記 号		番 号	
	被保険者		氏 名	
			個人番号	
			生年月日	昭 平 令 年 月 日
疾病名			1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血友病等 (血友病・血友病以外) ※	
医師が記入する欄	上記の疾病により診療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日			
	医療機関等の名 称			
	所在地			
	医師名			

※疾病名が「血友病等」の場合は、() 内のいずれかを丸で囲んでください。

<医師の方へ>

上記証明欄は、被保険者が以下の少なくともいずれかに該当する場合にご記入をお願いします。

- ・人工腎臓 (人工透析) を実施している慢性腎不全
- ・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
- ・抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

(HIV 感染を含み、血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症に関する医療を受けている者に限る。)

決裁	令和	年	月	日	オンライン

特定疾病療養受療証交付年月日等	特定疾病区分
交付日 令和 年 月 日	1 腎不全一般
発効期日 令和 年 月 日	2 血友病等
	3 腎不全上位
	4 腎不全高齢