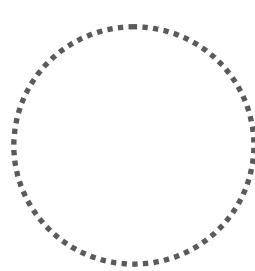


国民健康保険 特定疾病

治療を受ける被保険者の方の
氏名などを記入

被保険者証	記号	豊国	番号	0000000
受診者氏名	豊中 花子			
受診者生年月日	昭和・平成・令和・西暦 24年1月1日 (70)歳			
個人番号				
傷病名	<input checked="" type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 先天性血液凝固第8因子障害 <input type="checkbox"/> 先天性血液凝固第9因子障害 <input type="checkbox"/> 後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含む)			
受診医療機関名	名称 豊中病院 所在地 豊中市 中桜塚3丁目1番1号			
(あて先) 豊中市長 上記のとおり特定疾病の認定を申請します。				
住所	豊中市 中桜塚3丁目1番1号			
世帯主名	豊中 太郎			
個人番号				
電話	06-6858-2525			

傷病名にチェックし、
治療を受ける医療機関を記入世帯主の方の
氏名などを記入

保険給付課記入欄	交付年月日	年	月	日		
	発効期日	年	月	日		
	有効期限	年	月	日		
	自己負担限度額	1万円	・	2万円	受付	
	意見書の添付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()				
	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 前期高齢者 <input type="checkbox"/> 入力済					