

## 記入見本

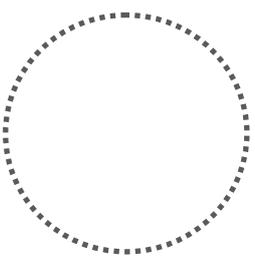
## 国民健康保険 特定疾病

治療を受ける被保険者の方の  
氏名・番号・生年月日を記入

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 〇〇年 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	所在地	豊中市 〇〇町△-△-△		
	名称	〇〇病院		
<p>(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。</p> <p>住所 豊中市 中桜塚 3 - 1 - 1 - 203</p> <p>世帯主名 豊中 太郎</p> <p>個人番号</p> <p>電話 06-6858-2525</p>				

傷病名にチェックし、  
治療を受ける医療機関を記入

世帯主の方の住所・氏名・  
連絡先電話番号を記入

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		
	意見書の添付	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( )				受付
	<input type="checkbox"/> 前期高齢者 <input type="checkbox"/> 入力済					