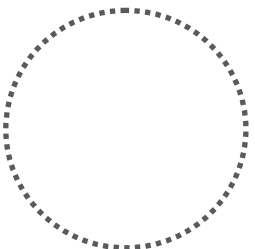


国民健康保険 特定疾病認定申請書

被保険者証	記号	豊国	番号	
受診者氏名				
受診者生年月日	昭和・平成・令和・西暦 年 月 日 () 歳			
個人番号				
傷病名	<input 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 ----- 所在地 -----			
(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。 年 月 日 住所 豊中市 ----- 世帯主名 ----- 個人番号 ----- 電話 -----				

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 ()	
	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 前期高齢者 <input type="checkbox"/> 入力済		
	受付		