

国民健康保険特定疾病認定申請書

※この申請書は、国民健康保険の特定疾病の認定を申請するときに使用します。

【認定を受ける被保険者】

フリガナ		性別	生年月日	平成・令和	年	月	日
氏名		男・女	個人番号				
住所 <small>(建物名等)</small>			世帯主との続柄	世帯主から見て			
			被保険者証記号・番号				

疾病の名称							
更生医療券	公費負担者番号			公費負担医療の受給者番号			
	交付日	年 月 日					
	認定日	年 月 日					

(注)更生医療券が未交付の場合は、医師の意見書を添付してください。(裏面)

【申請者】(世帯主)

宮津市長 様			令和 年 月 日				
上記のとおり申請します。							
フリガナ		生年月日	昭和・平成	年	月	日	
氏名			個人番号				
			日中連絡先	— —			
住所 <small>(建物名等)</small>							

宮津市使用欄

本人確認	来庁者	添付書類	受付	入力	審査
①番・免・パ・手帳 他()	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/>			
②証・年金・児童・ バス・社員・学生 他()	<input type="checkbox"/> 他	<input type="checkbox"/>			
③ヒア	代理権確認手段	<input type="checkbox"/>			

受付印

システム
バーコード用エリア

疾病にかかっていることに関する意見書

受領者氏名		生年月日	年 月 日	男・女
-------	--	------	-------	-----

疾病名		診療開始日	年 月 日
-----	--	-------	-------

病状など医師の意見

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印