

様式第 1 1 号（第 1 9 条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

|           |                             |                                                         |
|-----------|-----------------------------|---------------------------------------------------------|
| 世帯主が記入する欄 | 被 保 険 者 証 の<br>記 号 ・ 番 号    |                                                         |
|           | 認定対象被保険者の<br>氏 名 ・ 生 年 月 日  | 氏 名<br>生年月日                      年      月      日        |
|           | 個 人 番 号<br>( マイナンバー )       |                                                         |
|           | 疾            病            名 | 1 血友病<br>2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全<br>3 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症 |

|        |                                                                                         |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師の意見欄 | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。<br><br>年      月      日<br><br>保険医療機関の 名    称<br>所在地<br>医    師 |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 上記のとおり申請します。<br><br>年      月      日<br><br>草津市長              宛<br><br>世帯主    住    所<br>氏    名<br>電話番号              (              ) |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

※下記は記入しないでください。

|        |                     |
|--------|---------------------|
| 本人確認措置 | 番号確認・身元（実存）確認・代理権確認 |
| 受付担当者  |                     |