

第14号様式

国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日

(申請先)

横浜市 区長

申請者 氏名
(世帯主)
電 話 ()

住 所
印

特定疾病の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

被保険者証記号・番号	40	資格区分	一般・ 〔退〕本人・ 〔退〕被扶養者
認定対象者の 氏名							生年月日	年 月 日	
疾 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第 因子障害又は先天性血液凝固第 因子障害等								

(注意) 「〔退〕」は、退職被保険者の略です。

医 師 の 意 見 書									
上記疾病にかかっていることに相違ありません。									
年 月 日									
名 称									
保険医療機関等									
所在地									
医師名 ○印									

処理欄	(備 考)					入 力 確 認
	課 長	係 長	係 員	決 裁	受 付	
				年 月 日起案		
				年 月 日決裁		

(A4)