

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) 住所
電話 ()

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 じん 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 しょう 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		