

決裁区分	課長	係長	係員
丁			

起案	年	月	日
決裁	年	月	日

下記のとおり、認定して受療証を交付します。

国民健康保険特定疾病認定申請書										
被保険者証の記号番号	記号	01-			番号					
認定を受けようとする 被保険者	氏名					世帯主 との続柄				
	個人番号									
	生年月日	年 月 日								
認定傷病名	1. 慢性腎不全（人工透析治療を必要とする。） 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群									
添付または提示書類										
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所 千代田区</p> <p>氏名</p> <p>個人番号</p> <p>電話番号 ()</p> <p>千代田区長 殿</p>										
医師の意見書										
<p>上記の所見を認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>医師 住所</p> <p>氏名</p>										

処理欄	受付番号	受付年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> ⑧ 端末入力 <input type="checkbox"/> 認定台帳 <input type="checkbox"/> 受療証（郵・窓）	確認者
	No.	交付年月日	年 月 日		
		適用年月日	年 月 日		