

国民健康保険 特定疾病 認定申請書

山ノ内町長 様

年 月 日

申請者 (世帯主)

窓口に来た方

住 所 山ノ内町大字

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名 _____ (印)

氏 名 _____ (印)

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯主と
の 続 柄 _____

電 話 _____

下記のとおり申請します。

被保険者証 の記号番号	山 内 ・		1. 一般 2. 退職本人 3. 退職家族			
認 定 申 請 対 象 者	氏 名			男・女	世帯主と の 続 柄	
	生年月日	年	月	日	診療開始日	
	個人番号	年	月	日	年	月
特定疾病名	1 人工腎臓 (人工透析) 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 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)					
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。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 医療機関の所在地 及 び 名 称 保 険 医 氏 名 _____ (印)					

委任状

山ノ内町長 様

年 月 日

申請者 (委任をする人) 住所 山ノ内町大字
 氏名 _____ 印
 電話 _____

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

山ノ内町国民健康保険の

- 1 国民健康保険証（高齢受給者証）の再発行の手続き及び受領に関すること
- 2 限度額適用認定証及び標準負担額減額認定証の発行及び受領に関すること
- 3 国民健康保険税に関すること
- 4 その他の事項（ _____ ）に関すること

代理人 住所 _____
 (委任を受けた人) 氏名 _____
 電話 _____

***** 以下の欄は、記入不要です。 *****

来庁者の確認	<p>(1点確認)</p> <p>① <input type="checkbox"/> 個人番号カード</p> <p>② <input type="checkbox"/> 運転免許証・運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート） <input type="checkbox"/> () 手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住証明書</p> <p>③ <input type="checkbox"/> 官公署から発行・発給された写真付の証等（) <氏名、生年月日又は住所記載のもの></p> <p>【①・③の証の発行・登録番号等 _____】</p>
	<p>(2点確認)</p> <p>④ ア <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童手当・児童扶養手当証書 イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等 <氏名、生年月日又は住所記載のもの> <input type="checkbox"/> _____ 被保険者証 <input type="checkbox"/> 国保税納税通知書等 <input type="checkbox"/> _____ 証書（手帳） 証・種類名等（ _____)</p> <p>【④の証・書類の発行・登録番号等 _____】</p> <p>⑤ その他の書類等（ _____)</p>