第24号様式（第14条関係）

DL

国民健康保険特定疾病認定申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者　が　記　入　す　る　欄 | 記号番号 | 20－　　　－ |
| 認　定　対　象　者 | 氏 名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 対 象 者個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり申請します。　練馬区長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日　　　　　　　住所　　　世帯主　　　　　　　氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯主個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

電話番号　　　　（　　　　　） |
|  |  |
| 医　師　の　意　見　欄 | 疾　病　名 | １ 血分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等（血友病）２ 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）３ 人工腎臓を実施している慢性腎不全 |
| 　上記の疾病で診療を受けていることに相違ありません。　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　年　　月　　日（医療機関）所在地　　　　　　名称　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |

|  |  |
| --- | --- |
| 上記疾病での診療開始日 | 　 　　　　　　 年　　　月　　　日 |
| 区 処 理 欄 | 自己負担限度額 | 人工透析（70歳未満）　□２万円（ア・イ）　□１万円（ウ・エ・オ）人工透析（70歳以上）　□１万円人工透析以外　　　　　□１万円 |
| 来庁者本人確認書類 | □主　□員（　　　　　　　　　　）　□他（　　　　・　　　　　　　　　　　）□ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ □免許証 □資格確認書等 □聴聞 □その他（　　 　　　　　　） |
| 受 付 者 |  | 【備考】 |