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】 | |