

記入方法 ※消えないペンで記入してください。

第24号様式（第14条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

申請者が記入する欄	被保険者証の記号番号	20 - -											
	認定対象者	氏名											
		生年月日	年			月			日				
		対象者個人番号											
申請者が記入する欄	上記のとおり申請します。 練馬区長												
	世帯主住所	年			月			日					
	氏名												
	世帯主個人番号												
申請者が記入する欄	電話番号												

「申請者が記入する欄」

認定対象者の記号番号・氏名・生年月日をご記入ください。
個人番号の記載がない場合は、こちらで記載させていただきます。

申請書の記入日・住所・世帯主の氏名・個人番号・電話番号をご記入ください。
個人番号の記載がない場合は、こちらで記載させていただきます。

見本

医師の意見欄	疾病名	<ol style="list-style-type: none"> 血漿<small>しょうじょう</small> 天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等（血友病） 抗ウイ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。） 人工腎臓を実施している慢性腎不全
	医師の意見欄	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

「医師の意見欄」

医療機関で記入してもらってください。

*医療機関で作成している診断書を提出していただくことで「医師の意見欄」の記入にかえて申請することもできます。
*転入や社会保険から国民健康保険への切り替えなどですでに「特定疾病療養受療証」をお持ちの方は、お問い合わせください。

区処理欄	自己負担限度額	人工透析（70歳未満） <input type="checkbox"/> 2万円（ア・イ） <input type="checkbox"/> 1万円（ウ・エ・オ） 人工透析（70歳以上） <input type="checkbox"/> 1万円 人工透析以外 <input type="checkbox"/> 1万円
	受付者	【備考】

この欄は記入不要です。