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	
	上記のとおり申請します。 練馬区長 年　月　日 世帯主　住　所 氏　名 世帯主個人番号 電話番号　（　）		

医師の意見欄	疾病名	1　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	

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	
	受付者		【備考】