

宮城県国民健康保険特定疾病認定申請書

対象者	被保険者記号・番号	み名 A										
	氏名							生年月日	昭・平・令	年	月	日
	個人番号									世帯主 との続柄		
疾病名	1 人工腎臓を実施する慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病） 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（血液製剤の投与に起因する HIV 感染症）											
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。 令和 年 月 日 保険医療機関 名称 所在地 医師名											

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

名取市長あて

世帯主	住所										
	氏名										
	個人番号										
	電話番号	—					—				

【職員記入欄】

対象者の宛名番号： _____

※発行した認定証のコピーを申請書に添付すること。

交付職員

記入例

宮城県国民健康保険特定疾病認定申請書

対象者	被保険者記号・番号	み名 A XXXXXXX											
	氏名	名取 花子						生年月日	昭平令 X年X月X日				
	個人番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	世帯主との続柄
疾病名	① 人工腎臓を実施する慢性腎不全 ② 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害及び先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病） ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（血液製剤の投与に起因する HIV 感染症）												
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。 令和 X年X月X日 保険医療機関 名称 名取XXXX病院 所在地 名取市増田字柳田XX 医師名 増田 柳太												

上記のとおり申請します。

令和 X年X月X日

「医師の意見欄」は、医療機関に記入を依頼してください。

提出日をご記入ください。

名取市長あて

世帯主	住所	名取市増田X丁目X-X											
	氏名	名取 一郎											
	個人番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Y
	電話番号	XXX			-	XXXX			-	XXXX			

- 申請に必要な書類
- ①宮城県国民健康保険特定疾病認定申請書
 - ②対象者の被保険者証
 - ③世帯主および対象者の個人番号(マイナンバー)記載書類(個人番号カードなど)
 - ④提出者の本人確認書類(運転免許証など)

申請・お問い合わせ先 〒981-1292 名取市増田字柳田 80
 名取市保険年金課 (名取市役所 1 階南側) ☎022-724-7104

市役所ご来庁での申請の場合 → 上記①~④をご持参ください。受療証は即日発行いたします。

郵送での申請の場合 → 上記①および②~④の写しをご提出ください。受療証は後日郵送いたします。