課長		副参事		統括		担当		受付者	

国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者の記号番号		柏 －
認定を受けようとする被保険者の氏名，生年月日及び個人番号	氏　　名	
	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日 生
	個人番号	
特定疾病名 （該当する番号に○印を付して下さい。）	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血友病 （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 ・先天性血液凝固第 Ⅸ 因子障害 3. 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）	

上記のとおり，特定疾病受療証の交付を申請いたします。

令和　　年　　月　　日

柏市長　あて

（世帯主）

住　所

氏　名

個人番号

連絡先（電話番号）

証　明　書

上記＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は，

1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全
2. 血友病（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
   ・先天性血液凝固第 Ⅸ 因子障害
3. 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）

により，治療していることを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関の所在地

名　称

医師名

※発効期日は，医師の証明日の属する月の初日（初日以降に資格取得した場合は資格取得日）になります。

※柏市国民健康保険の資格を取得する直前の医療保険で既に特定疾病受療証をお持ちの方は，原本をご提示頂くことで医師の証明に替えることができます。（写しを取らせて頂きます。郵便申請の場合は写しを添付してください。））