

整理番号	※		決 済 処 理	※ 1. 認証する
資格確認	取得	※ 平・令 年 月 日		※ 2. 認証しない
	喪失	※ 平・令 年 月 日		※ (理由)
摘要	※ 一般・退職			

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

個人番号				
記号番号	崎 ー			
認定を受けようとする被保険者	氏 名		世帯主との続柄	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
認定を受けようとする被保険者の疾病名				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 個人番号 _____</p> <p style="text-align: center;">住所 大山崎町字 _____ 小字 _____ 番地 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">電話 _____</p>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">次年度以降の取扱いについて</div> <p>※次年度以降も「特定疾病療養受領証」の発行を希望します。</p> <p>毎年度、町が私の課税台帳（所得情報）を調査し、その判定結果に基づいた「特定疾病療養受領証」の郵送を希望します。</p>				
大山崎町長 様				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">希望 します</div>

※以下は記入しないでください。

令和 年 月 日

認定してよろしいか。

疾病にかかっていることに関する意見書

受診者氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	男・女
疾 病 名		診 療 開始日	平・令 年 月 日
<p>病状の状況等医師の意見</p>   <p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関 名 称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 <span style="float: right;">印</span></p>			

※以下は記入しないでください。

以下のとおり医療券の提示を受け 確認しました。 令和 年 月 日	担 当 者	印
公費負担者 番号	公費負担医療 の受給者番号	
受給者氏名	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日 男 女
疾 病 名		