

	専務理事	事務局長	課長	課長補佐	係長	主任	係
決裁							

整理番号

受 付 印

この欄は記入しないで下さい。

伺 下記のとおり 認 定 してよろしいか。  
令和 年 月 日

認 定 区 分	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全	自己負担限度額
	2. 血漿分画製剤の投与を受けている	1 万 円
	イ. 先天性血液凝固第Ⅷ因子障害	2 万 円
	ロ. 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害	I. 初回申請 II. 年度更新 III. 資格変更 IV. 限度額変更
	ハ. 血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症	

発効 期日	令和 年 月 日	有効 期限	令和 年 月 日	種別	事・従 家	資格 取得	昭平 令	年 月 日
----------	----------	----------	----------	----	----------	----------	---------	-------

備考

国民健康保険特定疾病認定申請書

I. 初回申請 II. 年度更新  
III. 資格変更 IV. 限度額変更

被保険者番号	枝番	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日生	組との 合の 続 柄 員
--------	----	------------------	--------------	--------------------------

医師の 指定する 特定疾病	厚生大臣が 指定する 特定疾病	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 (透析開始年月日 年 月 日) 2. 血漿分画製剤の投与を受けている イ. 先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 ロ. 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 ハ. 血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症
---------------------	-----------------------	--

証明欄	上記特定疾病により治療を受けていることに相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 所在地 保険医療機関 名称 氏名	印
-----	--	---

上記のとおり国民健康保険法施行令第29条の2第5項により申請いたします。  
令和 年 月 日  
住 所  
組 合 員  
氏 名  
大阪府食品国民健康保険組合 理事長 殿

※ 人工腎臓を実施している慢性腎不全にかかる認定申請（初回及び年度更新）にあたっては、世帯の総所得証明が必要でしたが、情報連携により確認しますので提出する必要がなくなります。確認できない場合は、別途世帯全員の総所得証明を提出いただきます。ただし、年度更新時には医師の証明は必要ありません。

なお、添付書類及び当申請にかかる個人情報の利用目的は、特定疾病認定のためであり、これ以外の目的での利用はありません。

整理番号

受 付 印

専務理事	事務局長	課長	課長補佐	係長	主任	係

この欄は記入しないで下さい。

伺 下記のとおり 認 定 してよろしいか。  
令和 年 月 日

認 定 区 分	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全	自己負担限度額
	2. 血漿分画製剤の投与を受けている	1 万円
	イ. 先天性血液凝固第Ⅷ因子障害	2 万円
	ロ. 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害	I. 初回申請 II. 年度更新 III. 資格変更 IV. 限度額変更
	ハ. 血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症	

発効 期日	令和 年 月 日	有効 期限	令和 年 月 日	種別	事・従 家	資格 取得	昭平令	年 月 日
----------	----------	----------	----------	----	----------	----------	-----	-------

備考

### 国民健康保険特定疾病認定申請書

I. 初回申請 II. 年度更新  
III. 資格変更 IV. 限度額変更

被保険者番号	枝番	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日生	組との 続柄
--------	----	------------------	--------------	-----------

医 師 の  証 明 欄	厚生大臣が 指 定 する 特 定 疾 病	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 (透析開始年月日 年 月 日) 2. 血漿分画製剤の投与を受けている イ. 先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 ロ. 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 ハ. 血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症
--------------------	----------------------------	--

上記特定疾病により治療を受けていることに相違ないことを証明する。

令和 年 月 日  
所在地  
保険医療機関 名称  
氏 名

印

上記のとおり国民健康保険法施行令第29条の2第5項により申請いたします。

令和 年 月 日

住 所  
組 合 員  
氏 名

大阪府食品国民健康保険組合 理事長 殿

※ 人工腎臓を実施している慢性腎不全にかかる認定申請（初回及び年度更新）にあたっては、世帯の総所得証明が必要でしたが、情報連携により確認しますので提出する必要がなくなります。確認できない場合は、別途世帯全員の総所得証明を提出いただきます。ただし、年度更新時には医師の証明は必要ありません。

なお、添付書類及び当申請にかかる個人情報の利用目的は、特定疾病認定のためであり、これ以外の目的での利用はありません。

# 国民健康保険特定疾病療養受療証再交付申請書

※は記入しないで下さい。

被保険者番号		枝番		※ 整理番号	No.
被保険者 氏名				※ 発行期日	令和 年 月 日
再交付 申請理由	紛失・破損・無余白・汚れ・その他( )				

上記の通り特定疾病療養受療証の再交付を申請します。

なお紛失した特定疾病療養受療証により、事故が発生した節は、  
責任をもって弁償することを誓約いたします。

令和 年 月 日

住所

組合員

氏名

受付印

大阪府食品国民健康保険組合理事長 殿

決 裁
専務理事
事務局長
課 長
課長補佐
係 長
主 任
係