

国民健康保険特定疾病認定申請書

**記載例**

令和 8 年 2 月 24 日

四万十市長 殿

申請者 住所 **四万十市中村大橋通4丁目10番地**  
 氏名 **国保 太郎** 個人番号 **0000 0000 0000**  
 電話番号 **0000-00-0000**

下記のとおり申請します。

被保険者 記号・番号			
認定申請 対象者	氏名	<b>国保 花子</b>	個人番号 <b>0000 0000 0000</b>
	生年月日	<b>平成2年3月1日</b>	
	疾病名	① 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	

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 8 年 2 月 24 日		
	医療機関の 名称	<b>四万十市立市民病院</b>	
	所在地	<b>四万十市中村東町1丁目1-27</b>	
	医師名	<b>市民 太郎</b>	

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 口 保護申請却下通知書 ハ 公簿 ( ) ニ 却下 (理由 )	受付番号(第 号) 交付番号(第 号) 認定等年月日 令和 年 月 日
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ	