決裁	理事長	事務長	課長(補)	係

受付年月日

国民健康保険　特定疾病認定申請書

長野県医師国民健康保険組合理事長　　殿

令和　　年　　月　　日

申請者（組合員）　住所

氏名

個人番号

下記のとおり申請します。

被保険者	記号		番号	
被保険者氏名			生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
個人番号				
特定疾病名	1　人工腎臓（人工透析）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 3　抗ウイ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。）			
診療開始日	年　　月　　日			
医師の意見書	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 医療機関　所在地 名称 医師名　　印			

※「1 人工腎臓を実施している慢性腎不全」である70歳未満の被保険者については、世帯所得によって自己負担限度額が異なるため、当組合にて所得情報等を取得のうえ判定します

(R7.1)