

特定疾病認定申請書

申請者が記入する欄	被保険者証の 記号・番号											
	認定対象者の 氏名						認定対象者 の生年月日					
	個人番号											
	疾 病 名	1 血しょう分画製剤を投与している先天性血液凝固第 因子障害又は先天性血液凝固第 因子障害 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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かかるものに限る。)										

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。 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-right: 50px;"> <div style="text-align: center;"> 名 称 医療機関の 所在地 医 師 名 </div> </div>									
--------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

上記のとおり申請します。

年 月 日

(宛先)
戸田市長

住 所.....
 世帯主名.....
 個人番号.....
 電話番号.....

記入例

個人番号は空欄でも申請可能です。記入する場合は、マイナンバーカード又は通知カード
(個人番号の記載がある住民票) + 顔写真付きの公的身分証の添付が必要です。

第23号の(1)様式(第25条関係)

特定疾病認定申請書

申請者が記入する欄	被保険者証の記号・番号	保険証の上段の6桁の番号		
	認定対象者の氏名	戸田 真一	認定対象者の生年月日	年 月 日
	個人番号			
	該当するものに丸をつけてください。 疾 病 名	1 血しょう分画製剤を投与している先天性血液凝固第 因子障害又は先天性血液凝固第 因子障害 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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かかるものに限る。)		

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。 年 月 日	名称
	必ず医師の証明を受けてください。 なお、直前に加入していた医療保険で、すでに特定疾病療養受療証の交付を受けていた場合は、当該受療証の写しの添付により、医師の意見欄を省略することができます。(有効期限内のものに限る)	医療機関の所在地 医師名

上記のとおり申請します。

年 月 日

(宛先)
戸田市長

住所 戸田市上戸田1丁目18番1号
世帯主名 戸田 真一
個人番号
電話番号 048 - 441 - 1800