

整理番号	決	理事長	常務理事	事務局長	課長	係長	主任	担当者
	裁							

(注) 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。					
				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 2万円	
	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			ア. 初回申請 イ. 年度更新	
発行期日	年 月 日	有効期限	年 月 日	資格取得	年 月 日
備考					

国民健康保険特定疾病認定申請書					
被保険者証の記号番号	建国 枝番 〇〇-〇〇〇〇〇 〇〇	被保険者氏名及び生年月日 大建 太郎 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	大建 太郎	組合員との続柄	本人
医師の指定する特定疾病	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うけていることに相違ないことを証明する。 年 月 日 所在地 大阪建設国民健康保険組合 名称 (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。					
〇〇年 ××月 △△日					
住所 大阪市浪速区敷津西2-14-22					
組合員 氏名 大建 太郎					
大阪建設国民健康保険組合 理事長 殿					

← 認定証が必要な方の氏名・生年月日を記入して下さい

医療機関にて  
記入・捺印

記入日

\* 1、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、世帯の市・府民税課税証明書が必要となり、申請と同時に提出願います。ただし、年度更新時には医師の証明は必要ありません。