

再交付

受付	国保資格	認定日	自己負担 限度額	台帳作成	資格入力
	S H R /	S H R /			

第14号様式（第11条関係）

# 国民健康保険特定疾病認定申請書

年 月 日			
(宛先) 静岡市長			
住所 世帯主氏名 個人番号 電話			
下記の者が、厚生労働省令に定める特定疾病療養該当者であることを認定願います。 記			
被保険者 記号・番号	一般・退本・退扶	世帯主氏名 及び生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
認定対象者 の氏名	世帯主との続柄	認定対象者 の生年月日	昭 平 令 年 月 日
		個人番号	
認定傷病名	1 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  2 人工腎臓を実施している慢性腎不全		

医師の意見	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		
	医療機関の所在地 名称		
	医師の氏名		