

係 員	係 長	課 長

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和7年 9月 10日

墨田区長 宛

必ず申請日を記入してください。

申請者
(世帯主)

住所 墨田区吾妻橋 1-23-20-203

氏名 隅田川 太郎

個人番号

未記入でも申請できます。

電話番号 03-1234-5678

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	07-01 2345			
認 定 申 請 対 象 者	氏 名	隅田川 花子	個人番号	未記入でも申請できます。
	生年月日	昭和35年 1月 23日		
	疾 病 名	1 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		

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7年 9月 8日 医療機関の 名称 ○○○総合病院 所在地 東京都墨田区△△ 1-2-34 医師名 両国 一郎 お医者様の押印をお願いします。 印
----------------------------	---

処 理 欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書 ロ 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	