

記入例

太枠の中を記入してください

認定対象者の氏名，個人番号（マイナンバー），生年月日，性別，疾病名の該当する番号を○で囲んでください

様式第8号の4（第22条の2関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

認定対象者記入欄	被保険者証 記号番号	ひな	国保番号	
	認定対象者 氏名	国保 太郎	個人番号	
	生年月日	S40年 4月 1日	性別	男・女
	疾病名 該当する番号を○で囲むこと	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分画剤を投与している血友病 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）		

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 医療機関の名称 所在地 医師名 ⑩

担当医師の方にご記入してもらってください

ます。

年 月 日

ひたちなか市長 殿

住所

世帯主 氏名

電話番号

個人番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯主の住所，氏名，電話番号を記入してください。

※日中電話が取れる連絡先をご記入してください。