

第 8 号様式（第 21 条の 2 関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

|                                                                                                         |                                                                                                                                              |                                                                                                                                             |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 被保険者記号番号                                                                                                | 流                                                                                                                                            |                                                                                                                                             |       |
| 認定を受けようとする<br>被保険者の氏名・個人<br>番号・性別・生年月日                                                                  | 氏 名                                                                                                                                          |                                                                                                                                             | 男 ・ 女 |
|                                                                                                         | 個人番号                                                                                                                                         |                                                                                                                                             |       |
|                                                                                                         | 生年月日                                                                                                                                         | 年 月 日                                                                                                                                       |       |
| 特定疾病名（該当する<br>番号に○印を付けてく<br>ださい。）                                                                       | 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>2 血友病（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<br>害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害）<br>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<br>を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。） |                                                                                                                                             |       |
| 国民健康保険法施行規則第27条の13第1項の規定により、上記のとおり申請します。<br><br>年 月 日<br><br>世帯主 住 所<br>氏 名<br><br>個人番号<br><br>(宛先)流山市長 |                                                                                                                                              |                                                                                                                                             |       |
| 証 明 書                                                                                                   |                                                                                                                                              |                                                                                                                                             |       |
| 上 記                                                                                                     | は                                                                                                                                            | 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>2 血友病（血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ<br>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<br>因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害）<br>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。） |       |
| ます。                                                                                                     |                                                                                                                                              | で治療していることを証明し                                                                                                                               |       |
| 年 月 日                                                                                                   |                                                                                                                                              |                                                                                                                                             |       |
| 所在地<br>医 療 機 関 名 称<br>医師又は歯科医師名<br>(署名又は記名押印)                                                           |                                                                                                                                              |                                                                                                                                             |       |

（注）更生医療券を持参された方は、証明書の記載は必要ありません。