

国民健康保険特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

兵庫県宍粟市長 様

住所	
世帯主 氏 名	
個人番号	

下記のとおり申請します。

被保険者番号							
認定申請対象者	氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	個人番号						
	疾病名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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因子障害等 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群					

下の欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付してください。

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 年 月 日	
	医療機関の 名称 所在地 医師名	署名または記名押印

受付	作成 ・ 交付			
	郵送	手渡	窓口 番号確認	窓口 本人確認
			☐ マイナンバーカード	
			☐ 通知カード ☐ その他	☐ 運転免許証 () ☐ その他 ()

(本人及び同世帯世帯員以外が申請又は受け取りをされる場合は世帯主からの委任状も記載必要)

委 任 状

令和 年 月 日

被保険者番号												
委任者 (世帯主)	住 所	宍粟市										
	氏 名							印	男・女			
	個 人 番 号											
	電 話 番 号	() —										
	生 年 月 日	大正・昭和・平成 年 月 日										

下記の者を受任者とし、
国民健康保険 特定疾病療養受療証の申請ならびに受療証の受け取り
に関する権限を委任します。

なお、宍粟市に対し、委任した権限について一切不服申し立てを行わないことを確約いたします。

受 任 者	住 所							
	氏 名						男・女	
	電 話 番 号	() —						
	委 任 者 との関係				生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	

受任者は窓口で本人確認書類も提示してください。

受任者の 本人確認書類	☐マイナンバーカード ☐運転免許証() ☐その他()
----------------	--