

整理番号	理事長	常務理事	事務局長	課長	係長	主任	担当者
	決	裁					

(注) この欄は記入しないで下さい

伺 下記のとおり認定してよろしいか。		年 月 日	
認定区分	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全	自己負担限度額	
	2. 血漿分画製剤の投与を受けている イ. 先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 ロ. 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 ハ. 血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症	1万円	2万円
		ア. 初回申請	イ. 年度更新
発行期日	年 月 日	有効期限	年 月 日
		資格取得	年 月 日
備考			

## 国民健康保険特定疾病認定申請書

被保険者証の記号番号	建国 枝番	被保険者氏名 及 び 生 年 月 日	年 月 日生	組合員との 続 柄
医師の 指定する 特定疾病	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 (透析開始年月日 年 月 日) 2. 血漿分画製剤の投与を受けている イ. 先天性血液凝固第Ⅷ因子障害 ロ. 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 ハ. 血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症			
証明欄	上記特定疾病により治療をうけていることに相違ないことを証明する。  年 月 日  所在地 保険医療機関 名 称 <span style="float: right;">(印)</span>			
上記のとおり国民健康保険法施行令第29条の2第5項により申請いたします。  年 月 日  住所 組合員 氏名  大阪建設国民健康保険組合 理事長 殿				

\* 1、人工腎臓を実施している慢性腎不全にかかる認定申請（初回及び年度更新）にあたっては、世帯の市・府民税課税証明書が必要となり、申請と同時に提出願います。ただし、年度更新時には医師の証明は必要ありません。