



大阪府国民健康保険 特定疾病認定申請書

対象者(認定を受ける者)

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号			(フリガナ)											世帯主との続柄	
阪 国			氏 名												
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		個人番号												

医 師 の 意 見 書 欄	認定疾病名	☐ 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ☐ 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 ☐ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)												
	発病年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日												
	特 記 事 項													
	上記の疾病で現在加療中であり、今後とも長期の加療を要するものと認めます。 令和 年 月 日 所在地 保険医療機関 名 称 電 話 - - 医師名													

上記のとおり特定疾病の認定を申請します。

(提出先) 大 阪 市 長

申請者(世帯主)

		申請日	令和 年 月 日															
住 所	〒 - 区 大阪市 区																	
		個人番号																
(フリガナ)													日中連絡の 取れる 電話番号		-		-	
氏 名													※必ずご記入ください					

委任状 (世帯主以外の方が申請・受領する場合、記入が必要です)														
委任者 (世帯主)	特定疾病療養受療証に関する ☐ 申請・ ☐ 受領 を下記の受任者に委任します。 令和 年 月 日													
	氏 名						住所	同 上						
受任者	〒 - 住所						世 帯 主 との関係	受任者の本人確認がで きるもの						
	(フリガナ)						日中連絡の取れる電話番号							
	氏 名							-		-		☐ 保険証、免許証、マイ ナンバーカード等		
	同意書兼 誓約書	☐ 大阪市が申請書等の事実確認のため、委任者に受任者の情報を提供することに同意します。 ☐ 委任者の意思に基づかずに申請し受領した場合は、速やかに委任者へ引き渡すことを誓約します。												

注 「医師の意見書欄」の証明がない方は、認定を受けようとする疾病にかかっていることに関する医師
または、歯科医師の意見書その他該当疾病にかかっていることを証する書類の添付が必要です。

受付・資格確認	申請書入力	審 査	※人工透析(70歳未満) ☐ 区分ア・イ [2万円] ☐ 区分ア・イ以外 [1万円]										特定疾病療養受療証 受領署名欄			
☐ この申請は特定疾病として 認定し、特定疾病療養受療証 を交付するものとする。			起案日 令和 年 月 日												決裁(認定)日 令和 年 月 日	
☐ この申請は特定疾病として 認定できないので不承認とし、 申請者に通知するものとする。			決 裁	課 長	課長代理	係 長	係 員							証 交 付 日 令和 年 月 日		