



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	(男・女)	
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	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)

住所	〒 - 区	申請日	令和 年 月 日
(フリガナ)	氏名	個人番号	
		日中連絡の取れる電話番号	※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 <input type="checkbox"/> 申請・ <input type="checkbox"/> 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	- -	<input type="checkbox"/> 保険証、免許証、マイナンバーカード等
同意書兼誓約書	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 区分ア・イ [2万円] <input type="checkbox"/> 区分ア・イ以外 [1万円]	特定疾病療養受療証受領署名欄												
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。			起案日 令和 年 月 日 <table border="1"> <tr><td>課長</td><td>課長代理</td><td>係長</td><td>係員</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	課長	課長代理	係長	係員					<table border="1"> <tr><td>決裁(認定)日</td></tr> <tr><td>令和 年 月 日</td></tr> <tr><td>証交付日</td></tr> <tr><td>令和 年 月 日</td></tr> </table>	決裁(認定)日	令和 年 月 日	証交付日	令和 年 月 日
課長	課長代理	係長	係員													
決裁(認定)日																
令和 年 月 日																
証交付日																
令和 年 月 日																