

甲府市国民健康保険特定疾病認定に係る意見書

患者の住所等	住 所	丁目 町	番 番地	号	
	氏 名				
	生年月日	昭・平・令	年	月	日
病 名	1 慢性腎不全（人工透析治療を要する） 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凝固第Ⅸ因子障害等 ＊該当する番号に○をつけてください。				
疾病に関する 医師の所見					
令和	年	月	日		
療養取扱機関	住 所				
	名 称	㊟			
	保険医師	㊟			

＊ 疾病の認定について

療養に要する期間が著しく長く、かつ、一定の高額な治療を継続して行う必要のある疾病として厚生労働大臣の定めるものについては、保険者の認定を受けたものに限り、高額療養費自己負担金限度額を月 1 万円とします。

ただし、70 歳未満で上位所得世帯に属する慢性腎不全（人工透析治療を実施しているもの）の方については、高額療養費自己負担限度額を月 2 万円とします。

なお保険者の認定については、医師の意見書に基づかなければならないものです。