

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者 (対象者)記入欄	被保険者証の記号番号																			
	フリガナ																			
	認定対象者の氏名																			
	認定対象者の個人番号											性別								
	生年月日	昭	・	平	・	令	年					月				日				歳
	住所	〒										-								
	疾病名 ※○をつけてください	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等の障害(血友病) ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群																		

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												
	医療機関名												
	所在地												
	医師名												

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日 〒

勤務先医療機関 住所

名称

電話番号

〒

第 I・II 種組合員 住所
(世帯主)

氏名

[I 種=事業主
II 種=従業員]

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※認定対象者が世帯主である場合は記入不要。

電話番号