

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者の記号番号		36-											
組合員	氏名												
	マイナンバー												
対象者	氏名												
	マイナンバー												
	生年月日	昭・平・令			年	月	日						
疾病名 (該当疾病名に○をつけて下さい)		1. 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 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 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)											
医師の意見欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。												
	年 月 日												
	医療機関 名称												
	所在地												
	医師名												
上記の通り申請します。													
年 月 日 組合員住所													
組合員氏名													
神奈川県建設連合国民健康保険組合理事長殿													

決	常務理事	事務局長	処	支部	支部長	担当者	支 部 名		受 付 印
	発効期日			本	給付課長	発 送	点 検	入 力	
裁	交付年月日		理	部					
	所得区分 限度額	ア・イ・ウ・エ・オ 1万円・2万円			送付先	支部・本人・その他()			