

記入例

様式1-11

決	常務理事	事務局長	処	支部長	担当者	支 部 名		受 付 印
				支 部				
裁	発効日		理	課 長	電 算	担当者	発 送	
	交付年月日			本 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()		

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証の記号番号		36-	1	2	3	4	5	6	7	8				
組合員	氏 名	建設太郎												
	マイナンバー	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8	
対象者	氏 名	建設花子												
	マイナンバー	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
	生年月日	昭・平・令 23 年 1 月 1 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														
印														
上記の通り申請します。														
R2 年 8 月 1 日					組合員住所 横浜市神奈川区神奈川2-19-3									
					組合員氏名 建設太郎									
神奈川県建設連合国民健康保険組合理事長殿														