

理事長	常務理事	事務局長	担当者

国民健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書									
申請者が記入する欄	被保険者証の番号								
	認定対象者の氏名			認定対象者の個人番号(マイナンバー)					
	認定対象者の生年月日	年	月	日	(准)組合員との続柄				
	認定対象者の住所								
	疾病名	1 人工透析治療を実施している慢性腎不全 2 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	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。								
	年 月 日								
	保険医療機関の名称								
	所在地								
	医師名						印		

上記のとおり申請します。

年 月 日  
住所

(准)組合員 個人番号(マイナンバー)

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

氏名

印

兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿

※ マイナンバーによる情報連携にて所得区分を判定いたします。ただし、マイナンバーにて確認ができない場合は所得証明書類の提出をお願いすることがありますので、ご了承ください。