

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)	<input type="text"/>
	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		Ⓔ

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)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

氏 名 Ⓔ

兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿