

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	平成 年 月 日			

処理欄	受付印	資格取得年月日			電算入力
		年	月	日	
	発効年月日				
		年	月	日	

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 記号・番号	記号	番 号								組合員氏名				
	福医													
認定対象者 氏名									生年月日	昭 平	年	月	日	組合員との 続柄
認定対象者 住所														
疾 病 名	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第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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。													
	平成 年 月 日													
	保険医療機関 名称													
	所在地													
	医師名												印	

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

〒 - TEL () -

住 所

組合員

氏 名

印