決	理事長	常務理事	事務局長	係	支部長	※本部使用欄
定伺						

## 国民健康保険特定疾病療養受療証 交 付 申 請 書

	岡 304	70000															
氏名		<b>建設 太郎</b> 生年月日 □ 平成 □ 令和									60	年	5	月	1	日	
		1 2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	続	柄	本	人	
	□ 1. 血友病								この中の傷病名に当て								
※ 傷病名		☑ 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全								はまる方のみ特定疾病							
		□ 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群								別	【食文			176	•		
	個 (マイ ※	氏名 氏名 個人番号 (マイナンバー) ※ 傷病名	断号 □ 304 □ 2. 人工 □ 304 □ 1. 血友 ※	<ul> <li>氏名</li> <li>建設 太!</li> <li>(型 大!</li> <li>(マイナンバー)</li> <li>1 2</li> <li>1 血友病</li> <li>※</li> <li>(場病名</li> </ul>	番号 □ 304 <b>建設 太郎</b> 氏名 <b>建設 太郎</b> 個人番号 (マイナンバー) 1 2 3 □ 1. 血友病 ※ 傷病名 ② 2. 人工透析治療を行	<ul> <li>氏名</li> <li>建設 太郎</li> <li>(本部 (マイナンバー)</li> <li>1 2 3 4</li> <li>1 2 3 4</li> <li>1 血友病</li> <li>※</li> <li>(場所名</li> </ul>	居号     回 304     子ののの       住名     建設 太郎       (個人番号 (マイナンバー)     1 2 3 4 5       口 1. 血友病       ※     ② 2. 人工透析治療を行う必要のを	氏名 建設 太郎 生 (マイナンバー) 1 2 3 4 5 6	任号 □ 304 □ 304 □ 4	<ul> <li>氏名</li> <li>建設 太郎</li> <li>生年月日</li> <li>(マイナンバー)</li> <li>1 2 3 4 5 6 7 8</li> <li>(マイナンバー)</li> <li>1 血友病</li> <li>※</li> <li>傷病名</li> <li>② 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全</li> </ul>	<ul> <li>氏名</li> <li>建設 太郎</li> <li>生年月日</li> <li>(マイナンバー)</li> <li>1 2 3 4 5 6 7 8 9</li> <li>(マイナンバー)</li> <li>1 血友病</li> <li>※</li> <li>傷病名</li> </ul> ② 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全	展号     図304     プロストラインバー)     建設 太郎     生年月日     図 昭和 平成 令和 日本の 中成 令和 日本の 中域 会和 日本の	居号     回304     プロストラインバー)     生年月日     図 昭和 平成 60 日本の 1 日	展号     図 304     学数 太郎     生年月日     図 日本	END     単数 太郎     生年月日     図 昭和	番号     回 304     子ののの       氏名     建設 太郎     生年月日     図 昭和 平成 60 年 5 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	K名   建設 太郎   生年月日   「平成 60 年 5 月 1

	A 政 当 例 的 石 に 型 を グ )			
	上記のとおり相違ありません。			7
医師	令和 年 月	日	病院で医師の証明をもらってください。	
の記入		在地		_
欄欄	病	院名		
	担	当医師名		P
			必ず印鑑を押し	てください。
	上記のとおり申請します。	40 A	住所 <b>岡山県岡山市北区駅元町23-12</b>	
		組合	〕貝	
4	令和 <b>4</b> 年 <b>12</b> 月 <b>1</b> 日		氏名 <b>建設 太郎</b> 	建設
	令和 4 年 12 月 1 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	(マイ	人番号 1 2 3 4 5 6 7 8	9 0 1 2
		(マイ	人番号 1 2 2 4 5 6 7 0	9 0 1 2
	岡山県建設国民健康保険組合 殿	(マイ	人番号 1 2 3 4 5 6 7 8	9 0 1 2
	岡山県建設国民健康保険組合 殿	(マイ· ※上	人番号 ナンバー) 1 2 3 4 5 6 7 8 記の認定対象者と同じ場合は、省略可	全 設 9 0 1 2 合は、委任状が必要