

決 定 伺	理 事 長	常 務 理 事	事 務 局 長	係	支 部 長

※本部使用欄

国民健康保険特定疾病療養受療証 交 付 申 請 書

被保険者 記号・番号		岡 304	ア〇〇〇〇												
認 定 対 象 者	氏 名	建設 太郎						生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 60 年 5 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和						
	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	続柄	本人
	※ 傷病名	<input type="checkbox"/> 1. 血友病 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群													

この中の傷病名に当てはまる方のみ特定疾病療養受領証を発行します。

※該当傷病名に☑をつけてください。

医師の記入欄

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

病院で医師の証明をもらってください。

所在地

病院名

担当医師名 印

必ず印鑑を押してください。

上記のとおり申請します。

住所 岡山県岡山市北区駅元町23-12

組合員

氏名 建設 太郎 印

令和 4 年 12 月 1 日

岡山県建設国民健康保険組合 殿

※個人番号
(マイナンバー)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※上記の認定対象者と同じ場合は、省略可

身 元 確 認 欄	① 確認者	<input type="checkbox"/> 支部	()
	② 届出人	<input type="checkbox"/> 組合員	<input type="checkbox"/> 代理人 () ※代理人の場合は、委任状が必要
	③ 身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()