

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								
認定 対象者	氏名				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	個人番号 (マイナンバー)							続柄		
	※ 傷病名	<input type="checkbox"/> 1. 血友病								
		<input 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										

※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

所在地

病院名

担当医師名

(印)

上記のとおり申請します。

住所

組合員

氏名

令和 年 月 日

(印)

岡山県建設国民健康保険組合 殿

※個人番号
(マイナンバー)

※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	()