決裁	理事長	常務理事	事務長	係

交付年月日	平成　　年　　月　　日
発行期日	平成　　年　　月　　日

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

組合員が記入する欄	被保険者証記号番号				
	組合員氏名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	
	認定対象者の氏名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日	組合員との続柄
	疾病名				

医師の意見欄

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（いわゆる血友病）

3．抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（ＨＩＶ感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る）

診療開始年月日　　平成　　年　　月　　日

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

保険医療機関の
所在地及び名称

医師名　　㊞

上記のとおり、国民健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

平成　　年　　月　　日

〒　　－

住所

組合員　氏名　　㊞

電話

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

◎保険医療機関へのお願い

医師の意見欄１から３のいずれかに、○印をしてくださるようお願いします。