

決 裁	事務長	係

交付年月日	令和	年	月	日
発効期日	令和	年	月	日

## 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

認定申請者の記入欄	被保険者記号・番号	記号		番号	—	
	認定対象者の氏名				生年月日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号 (マイナンバー)				組合員との続柄	
	傷病名					

医師の記入欄	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・令和	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。				
	令和	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。

令和 年 月 日

〒 —  
住 所

組合員 氏 名

個人番号 (マイナンバー) |||||

電話番号 ( )

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

《 個人番号の利用目的について 》  
当組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

※ 郵送による申請の場合、個人番号を記入するため、簡易書留等の追跡可能な方法で送付してください。

◎保険医療機関へお願い

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いたします。