

理事長	常務理事	事務長	係

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	記号番号	石医 一	認定対象者 個人番号																	
	認定対象者 生年月日		認定対象者 氏名																	
	認定対象者 の住所												組合員との 続柄							
	疾 病 名	1. 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全 2. 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																		

医師の意見欄	上記のとおり診察を受けていることに相違ありません。																	
	令和 年 月 日																	
	所在地																	
	保険医療機関 名称																	
医師名 ⑩																		

上記のとおり、所得確認書類を添付し申請いたします。

令和 年 月 日																																					
住所																																					
組 合 員																																					
氏 名 ⑩																																					
<table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr> <td>個人番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																		個人番号																			
個人番号																																					

石川県医師国民健康保険組合理事長 様