

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 -	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. 抗ウィ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	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。																	
	平成 年 月 日																	
	所在地																	
	保険医療機関 名称																	
医師名																		
(印)																		

上記のとおり、所得確認書類を添付し申請いたします。

平成 年 月 日																											
住所																											
組合員																											
氏名																											
(印)																											
												個人番号															