

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																		
個人番号																		

(あて先)
石川県医師国民健康保険組合理事長