

理事長	副理事長	常務理事	事務長	事務担当者

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証記号番号														
個人番号 (マイナンバー)														
認定対象者	ふりがな 氏 名													
	生年月日	昭・平・令	年	月	日生	世帯主 との続柄								
疾 病 名		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因子障害等 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。)												
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。													
	令和	年	月	日	医療機関 所在地 〒		名 称			医師名			㊟	
上記のとおり申請します。														
令和		年	月	日	組合員 住 所 〒		組合員 氏 名			㊟				
		組合員個人番号 _____												
栃木県医師国民健康保険組合理事長		殿												
処理欄	発効期日	令和	年	月	日	交付年月日	令和	年	月	日				

* 医師の証明 (意見) を受けてください。