

決裁	常務理事	事務長	課長	係
	平成 年 月 日			

処理欄	受付印	資格取得年月日	電算入力
		年 月 日	
		発効年月日	
		年 月 日	

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証号 記号・番号	記号	番 号	組合員氏名		組合員 との 続柄
	福医				
認定対象者名			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
認定対象者住			認定対象者 個人番号 (マイナンバー)		
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 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 名称 所在地 医師名 印
------------------------	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 - TEL () -

住 所

組合員

氏 名

印

福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿