

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	国保 太郎	組合員との 続柄	本人									
	福医 0 3 1 2 3 4 0 0 0														
認定対象者名	国保 太郎		生年月日	昭和 平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 令和											
認定対象者住	〒812-0016 福岡県福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号		認定対象者 個人番号 (マイナンバー)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0
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	○○病院
	所在地	福岡県○○市○○○番地
	医師名	○○ ○○ 印

上記のとおり申請します。

令和○○年○○月○○日

〒 812-0016 TEL (092) 431 - 1987

住所 福岡県福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号

組合員

氏名 国保 太郎 国 印

福岡県医師国民健康保険組合理事長 殿