

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

認定を受けようとする者	被保険者証	記号・番号	85-	個人番号 (マイナンバー12桁)		
	氏名				組合員の続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	男女
	疾病名					
療養取扱機関	医師の意見欄	<p>1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>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（血友病）</p> <p>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。)</p> <p>現在治療中 治療中断 開始年月日 年 月 日</p>				
	医療機関の名称・住所 担当医師名	⑩				
申請者（組合員）	<p>上記のとおり、国民健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令 和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">組合員 氏 名</p> <p style="text-align: center;">電 話</p> <p style="text-align: center;">東京都薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿</p>					
認定受療証交付年月日				記録	係	

※ 申請書に添付する書類
 あなたが現在お持ちになっている、⑩ 医療費受給者証及び
 ⑪ 医療券の写しを添付書類として提出して下さい。

※ 受付日付印