

伺	決裁年月日		令和 年 月 日	
	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	被保険者証の記号番号				自己負担限度額	1万円 ・ 2万円																	
	認定対象の被保険者	氏名		生年月日	昭平令 年 月 日	男・女																	
		組合員との続柄		個人番号																			
	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(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 療養取扱機関の所在地 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 氏 名 ㊞ <table><tr><td>個人番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> TEL () 三重県医師国民健康保険組合理事長 様								個人番号															
個人番号																							

【個人番号の利用目的について】

本組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収事務で利用します。