国民健康保険特定疾病認定申請書

国民健康保険法施行規則第27条の13

1「組合員（申請人）が記入するところ」欄のみ記入し、担当医師の記載を受けてから組合に提出してください。
2 所要事項は記入もれのないようにしてください。また、誤記入等は二重線で抹消し、記入し直してください。
3 所得が確認できる証明書の添付をお願いします。
4 組合員とその世帯に属する被保険者以外が届出を持参した場合は、委任状の添付が必要です。

組合員（申請人）が記入するところ

認定を受けようとする被保険者														
被保険者証の記号番号	90-											(枝番)		
氏名														
生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日													
個人番号（マイナンバー）														

上記のとおり特定疾病療養費受療証の交付を申請いたします。

年　　月　　日

組合員（申請人）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号（マイナンバー）												

中央建設国民健康保険組合理事長　　殿

療養担当医師の意見欄

疾病名（該当する番号に○印を付けてください。）	1. 人工腎臓（人工透析等）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 または 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病） 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、厚生労働大臣が定める者に限る）		
診療開始年月日	年　　月　　日	透析開始年月日	年　　月　　日

（診療開始日については記載が困難な場合、省略して差し支えありません。）

上記疾病のとおり加療中であることに相違ありません。

年　　月　　日

保険医療機関の所在地、名称及び医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※身元確認欄			
確認者	□支部	□出張所　（　　）	※ 身元確認欄は支部・出張所で確認のうえ記入してください。
届出人	□組合員	□代理人　（　　）	
身元確認書類	□個人番号カード	□運転免許証　□その他　（　　）	
代理権確認	□委任状	□被保険者証	

常務理事	事務局長	課長	係長	取扱者
本部受理　　年　　月　　日				

支部長	取扱者	出張所長
支部受理　　年　　月　　日		

中建国保様式給付第31号