

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5

(注意事項)

- 1) 「組合員（申請人）が記入するところ」欄のみ記入し、担当医師の記載をうけてから組合に提出してください。
- 2) 申請人が組合員であれば、申請人欄の捺印は省略できます。
- 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	被保険者証の記号番号	90-	1	3	9	2	2	0	5	0	
	認定を受けようとする被保険者の氏名及び生年月日	フリガナ	チュウケン タロウ								
		氏名	中建 太郎								
		生年月日	昭	平	45	年	10	月	1	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受けたいので、担当医師の意見書を添えて申請いたします。											
28年 10月 1日											
住所 ○○県○○市○○町○○											
組合員（申請人）氏名 中建 太郎 中建印											
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書	傷病名	慢性腎不全								
	診療開始年月日	28年 8月 30日	透析開始年月日	28年 9月 30日						
	意見	平成28年9月30日より透析開始。 上記疾病により療養中。								
	上記疾病で加療中であることを証明する。									
28年 9月 30日										
保険医療機関の所在地、名称及び医師氏名 ○○県○○市○○2001 ○○病院 ○○ ○○ 印										

※身元確認	確認者	<input type="checkbox"/> 支部	<input type="checkbox"/> 出張所（ ）	※印欄は支部・出張所で確認のうえ記入してください。	
	届出人	<input type="checkbox"/> 組合員	<input type="checkbox"/> 代理人（ ）		
	添付書類	身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他（ ）
		代理権	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 被保険者証	

常務理事	事務局次長	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		

(本部用)