

受付印

| | | | | | | | |
|-----|------|-----|-------|---|-------|------|--|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 課長・係長 | 係 | 受療証発行 | 交付台帳 | 自己負担額 |
| | | | | | ・ | ・ | <input type="checkbox"/> 1万円 <input type="checkbox"/> 2万円 |

国民健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

| | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|---|----------|-------------------------|-----|--|
| 被保険者の 記号・番号 | 群医 | — | — | 個人番号 (マイナンバー) | | | | |
| 認定対象者 の氏名 | | | | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 日 | |
| | | | | 組合員又は従業員組合員との続柄 | | | | |
| 認定対象者 の住所 | | | | | | | | |
| 疾 病 名 | 1. 血友病 〔 血しょう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 〕 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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感染症） | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| | | | | 医 療 機 関 の | 名 称 | | | |
| | | | | | 所 在 地 | | | |
| | | | | | | | 医師名 | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | |
| | | | | 個人番号 (マイナンバー) | | | | |
| | | | | 組 合 員 住 所 又 是 従 業 員 組 合 員 氏 名 | | | | |
| 群馬県医師国民健康保険組合理事長 殿 | | | | | | | | |
| 【委任欄】 私は、下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。 | | | | | | 令和 年 月 日 | | |
| 受任者 (代理人) | 住所 氏名 | | | 委任者 (組合員又は 従業員組合員) | 住所 氏名 | | | |

※当組合は、被保険者の個人番号(マイナンバー)を、番号法第9条第1項の規定に基づき、国民健康保険に関する適用、給付及び徴収関係事務並びに情報連携のために利用します。