理事長	常務理事	事務長	係	受療証発行	交付台帳

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

組合員又は従業員組合員の氏名及び生年月日	昭・平　　年　　月　　日	被保険者証の記号・番号	群医　　－　　－
		個人番号（マイナンバー）	
認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭・平　　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。

平成　　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。

平成　　年　　月　　日

個人番号（マイナンバー）			

組合員又は従業員組合員　住所

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。　　平成　　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　　㊞

※個人番号の利用目的について、当組合は、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、給付及び徴収業務で利用します。

HP