

理事長	常務理事	事務長	係	年 月 日 起案
				年 月 日 決裁

## 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

※裏面を参照の上、ご記入ください。

被保険者記号番号				
認定 対象者	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	個人番号 (12ケタ)		組合員との続柄	
疾病名				

### 医師の意見書

上記のとおり療養（病名 \_\_\_\_\_）  
が必要であることを認めます。

現在治療中      治療中断      開始年月日      年      月      日

医療機関所在地

医療機関名称

担当医師名

印

上記のとおり申請いたします。

令和      年      月      日

〒

申請者 住 所  
(組合員)

電 話

氏 名 \_\_\_\_\_

静岡県薬剤師国民健康保険組合理事長      様

## 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書の記入について

### \*組合員が記入する箇所

認定対象者（人工透析等で特定疾病療養受療証を使用する方）について下記項目をご記入ください。

1. 被保険者記号番号（8桁）・・・「被保険者証」「マイナポータル」「資格確認書」または「資格確認のお知らせ」でご確認ください。
2. 認定対象者の、氏名・生年月日・個人番号（マイナンバー）・組合員との続柄（本人、妻、子、父、母など）を記入してください。
3. 疾病名を記入してください。
4. 申請者欄に組合員の住所、電話番号、氏名を記入してください。

### \*療養取扱機関が記入する箇所

「医師の意見書」欄は、療養取扱機関に記入、捺印を依頼してください。

すべて記入の上、静岡県薬剤師国民健康保険組合に提出をしてください。