

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）・・・「マイナポータル」「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」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。