

理事長	常務理事	事務長	課長	係	台帳

国民健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

組合員が記入する欄	組合員氏名及び生年月日	氏名 昭・平・令 年 月 日		被保険者証 記号・番号								
	認定対象者の氏名			認定対象者の生年月日	昭・平・令 年 月 日		組合員との続柄					
	認定対象者の住所											
	個人番号											
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群										

医師の意見欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません 令和 年 月 日 所在地 医療機関の 名称 医師名
--------	---

上記の通り申請します

令和 年 月 日

住所

組合員本人

氏名



鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

※組合員本人の身元確認書類（運転免許証のコピー等）を必ず添付してください。
※受療証の発効日は、申請月の1日または申請月内の資格取得日からとなります。
申請月以前の医療費については、遡って適用されませんので、ご注意ください。