

# 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

※記入方法については、裏面をご参照ください。

被保険者証番号					
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

〒

組合員 住 所

氏 名

電 話 \_\_\_\_\_

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. 被保険者証番号（8桁）・・・被保険者証でご確認ください。
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、氏名、電話番号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、捺印を依頼して下さい。

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下さい。