

係	発効期日	交付年月日

特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者記号番号		香組 4							
認定を受けよう とする被保険者	氏 名					性 別	男 ・ 女		
	個人番号								
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	組合員との 続 柄			
	住 所								
疾 病 名		1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿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（いわゆる血友病） 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染 を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）							

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。 令和 年 月 日 保険医療機関所在地 保険医療機関名称 保 険 医 氏 名 印	

上記のとおり申請します。	
令和 年 月 日	
組合員住所	電話番号(日中連絡のとれるもの)
氏名	印 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 15px; vertical-align: middle;"></table>
香川県建設国民健康保険組合理事長殿	

注 1) 疾病名は、いずれか該当の番号を○で囲んでください。
 疾病名「1」の場合は、被保険者全員の「住民税所得課税証明書」を添付してください。
 医師の意見欄は、慢性腎不全に係る更正医療券を提示すれば不要となります。

注 2) 個人番号欄は、病院の証明を受けた後で記入してください。