国民健康保険　特定疾病　認定申請書

組合員が記入する欄														
被保険者証記号・番号			89 －					－						
認定対象者	氏名													
	生年月日	昭和 平成	年　月　日									男 ・ 女		

医師の意見欄		
疾病名 該当する疾病に○をつけてください	1．人工腎臓（人工透析）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 3．抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	
上記の疾病で現在加療中であることを証明します。 平成　年　月　日 所在地 医療機関名 医師名　㊞		

組合員が記入する欄														
東京建設業国民健康保険組合　理事長殿								申請日	平成　年　月　日					
上記のとおり特定疾病療養受療証の交付を受けたいので、担当医師の意見書を添えて申請します。														
								認定対象者の個人番号						
組合員（申請人）	住所													
	氏名						㊞	組合員の個人番号						

申請書に記入した個人番号に誤りがないことを確認しました。			
支　所	申請者	身元確認	個人番号確認
	□ 組合員	□ 個人番号カード	□ 個人番号カード
	□ 代理人	□ 運転免許証	□ 通知カード
	□ 委任状	□ 官公署発行書類（顔写真有）	□ 住民票（個人番号あり）
	□ 保険証	□ その他（　　）	□ その他（　　）

東建国保使用				
	□	70歳未満の慢性腎不全で上位所得以外	自己負担1万円	有効期限　年　月　日
	□	70歳未満の慢性腎不全で上位所得	自己負担2万円	有効期限　年　月　日
	□	70歳以上の慢性腎不全	自己負担1万円	有効期限なし
	□	慢性腎不全以外の疾病	自己負担1万円	有効期限なし

交付年月日
年　月　日
発効期日
年　月　日

備考	

常勤役員	事務局長	事務局次長	業務部長	業務課			確認	証印刷

受付印