特定疾病認定申請書

被保険者証記号・番号			組合員	氏　名		事業所名	
				個人番号			
受診者氏名				昭・令 平	年　月　日生		
				個人番号			

診療担当医師意見欄	下記の疾病に対する診療を開始した年月日 （「１」の場合は透析を開始した日）	平成・令和　年　月　日
	疾病名 （該当する番号に〇を付けてください。）	１　人工透析を要する慢性腎不全
		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（ＨＩＶ感染を含み、血液凝固因子製剤の投与に起因するＨＩＶ感染症に関する治療を受けている人に限る。）
	病院又は診療所 所在地 名　称 医師氏名	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　日診断）

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

郵便番号
住　所
組合員
氏　名

全国土木建築国民健康保険組合理事長 様

（注）１　組合員及び受診者の個人番号（マイナンバー）を記入してください。また、組合員の番号確認と身元確認が必要となりますので、組合ホームページを参照のうえ、必要書類の写しを添付してください。

２　組合員が受診者である場合は、受診者にかかる個人番号の記入は必要ありません。