

(様式 39 号)

## 国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

組合員 (世帯主) が記入する欄	被保険者証 記号・番号	全歯	組合員(世帯主)の 氏名及び生年月日	T・S・H・R 年 月 日		
	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日	S・H・R 年 月 日	組合員 (世帯主) との続柄	
	個 人 番 号					
	認定対象者の 住 所					
	認定対象 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因子障害等 3. 血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症				

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  保険医療機関の所在地 名 称 医師名
------------	---

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

組合員(世帯主)住 所 〒

氏 名

全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

係



支部長	支部常務	係

