国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者番号 （８桁）		個人番号 ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ12桁	
認定対象者 の　氏　名		生年 月日	S・H・R 年　月　日
組合員との続柄			
疾　病　名	１．血友病 ２．人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 ３．抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		

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

療養取扱機関の　所在地

名　称

医師名　　㊞

上記のとおり国民健康保険特定疾病療養受領証の交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

〒

組合員　住所

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL（　　）　　－

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

2026.9.1

理事長	副理事長	常務理事	事務長	係	係