

(第8号様式の2)

常務理事	常務理事	事務長	課長	係

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書				
被保険者証 記号・番号		被保険者 氏名		組合員 との続柄
		生年月日	昭・平 年 月 日	
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. 後天性免疫不全症候群 (厚生労働大臣の定める者)			
医 師 の 意 見 書 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。			
	平成 年 月 日			
	医療機関の所在地			
	名称			
		医師名		印
上記のとおり申請します。				
平成 年 月 日				
組合員の住所				
氏名				
印				
大分県医師国民健康保険組合理事長 殿				