

(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	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	※適用区分の判定に必要な所得情報は、 番号法第 19 条 7 号により市区町村へ照会します。 何らかの理由により所得情報が確認できない場合は、 市区町村で発行した所得証明証が必要となります。				
	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

