

--	--	--	--	--	--

特定疾病療養受療証交付申請書

交付年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

発行年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者記入欄	被保険者の記号・番号	建 .	組合員氏名							
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	S・H・R	年	月	日			
	マイナンバー									
保険医の証明欄	認定疾病名				診療開始日					
	1 血友病 2 慢性腎不全（要・人工透析） 3 後天性免疫不全症候群（抗ウイルス剤投与）				年 月 日診療分より					
	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 療養取扱機関の所在地・名称 保険医の氏名									

上記の通り申請します。

年 月 日

組 合 員 住 所

氏 名

マイナンバー

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

長野県建設国民健康保険組合理事長殿

確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード（組合員・他） <input type="checkbox"/> 運転免許証（組合員・他） <input type="checkbox"/> その他（ ）	届出人	<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 代理人 （ ）	身元確認者	
------	---	-----	---	-------	--

※長建国保では、今回の申請で組合員さんからお預かりした個人情報、個人情報保護法に基づいて適切に管理し、申請後の審査・支給に係る事項以外には使用しません。