長野県建設国民健康保険組合

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	被保険者証の記号・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（抗ウィルス剤投与）	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	☐ マイナンバーカード（ 組合員 ・ 他 ） ☐ 運転免許証（ 組合員 ・ 他 ） ☐ その他（　　）	届出人	☐ 組合員 ☐ 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は、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。