国民健康保険特定疾病療養受療証　交付申請書

令和7年8月～令和8年7月該当分

認定者に関する欄	被保険者証記号番号	31－　　（枝番）											
	ふ　り　が　な												
	氏　　名												
	生　年　月　日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日								年　齢			
	個　人　番　号（マイナンバー）												
	特　定　疾　病　名	□ 慢性腎不全　□ 血友病　□ 後天性免疫不全症候群											

組合員記入欄

上記の通り申請いたします。

令和　　年　　月　　日　〒

組合員住所

氏　　名　　㊞

個人番号

神奈川県医師国民健康保険組合理事長　殿

医師による証明欄

上記＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、以下に記載の通り治療していることを証明します。

（該当する番号に〇を付けてください。）

1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全

2. 血友病
（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Ⅳ因子障害）

3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
（HIV感染を含み、厚生労働大臣の認める者に係るものに限る）

令和　　年　　月　　日　〒

医療機関所在地

名　　称

医師名　　㊞

※各種申請書等で知り得た被保険者の個人情報は、法令に定める場合を除き、組合業務の、目的以外で利用することはありません。

※当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する業務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。

※慢性腎不全の方は、所得情報をマイナンバーにより確認させていただきます。

受　付　印

決裁	常務理事	事務長	次　長	主　幹	副主幹	主　査	係
令和　　年　　月　　日　決定							

適用区分
1万円
2万円