理事長	常務理事	事務長	係

特定疾病認定申請書

被保険者 記号・番号	井 薬　　－　　－	
◆ 被保険者の個人番号（マイナンバー）は、被保険者番号を記入した場合は記入不要です。◆		
個 人 番 号		※通知カード参照
認定対象者氏 名		組合員との続柄 本人 ・ 家族
認定対象者生年月日	令和　　年　　月　　日	
疾　病　名	1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅶ因子障害又は、先天性欠関凝固第Ⅸ因子障害等 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している好天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係る者に限る。）	

医師の意見欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。 令和　年　月　日 名　　称 医療機関の所在地 医師名　　㊞

※マイナンバーを記載した場合：申請者（組合員本人）の通知カード（写）と運転免許証（写）及び関係書類を添えて申請します。

◆上記個人番号（マイナンバー）関係書類は、被保険者番号を記入した場合は不要です。◆

令和　　年　月　　日

〒　　－

住　所

氏　名

組 合 員

個人番号

◆ 被保険者の個人番号（マイナンバー）は、被保険者番号を記入した場合は記入不要です。◆

電話番号　　－　　－

福井県薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

薬剤師国保 記入欄	発行	台帳	異動簿