|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | |  | 組合員 | 氏　　名 |  | | | | | 事業所名 | | |  | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  | | | | | 昭 ・令  　 平 | | | | 年　 　 月　　 　 日生 | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 診　療　担　当　医　師　意　見　欄 | 下記の疾病に対する診療を開始した年月日  （「１」の場合は透析を開始した日） | | | | | | | 平成・令和 　 　年 　 　月 　 　日 | | | | | | | | | | | | |
| 疾 病 名  （該当する番号に○を付けてください。） | | １　人工透析を要する慢性腎不全 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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、血液凝固因子製剤の投与に起因するＨＩＶ感染症に関する治療を受けている人に限る。） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病院又は診療所      医師氏名 | | | 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 　 日診断） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  令和 　　 年 　 月 　 日  郵便番号    組合員      全国土木建築国民健康保険組合理事長 様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（注）１　組合員及び受診者の個人番号（マイナンバー）を記入してください。また、組合員の番号確認と身元確認が必要となりますので、組合ホームページを参照のうえ、必要書類の写しを添付してください。

　　　２　組合員が受診者である場合は、受診者にかかる個人番号の記入は必要ありません。