

特定疾病認定申請書

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号		組 合 員	氏 名		事 業 所 名	
			個 人 番 号			
受 診 者 氏 名			性 別	男 ・ 女	昭 平	年 月 日 生
			個 人 番 号			
診 療 担 当 医 師 意 見 欄	傷 病 名			診 療 を 開 始 し た 年 月 日	平 成	年 月 日
	傷 病 の 経 過 概 要					
	病 院 又 は 診 療 所 所 在 地 名 称 医 師 氏 名					
 (平成 年 月 日 診断)						
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">郵便番号 住 所 組 合 員 氏 名</p> <p style="text-align: center;">全国土木建築国民健康保険組合理事長 様</p>						

- (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。
- 3 「組合員氏名」欄は、組合員本人が署名した場合には押印を省略することができます。