|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 　 | 　 | 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 　　　　　　 電　　話　　（　　　　）　　　　－　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　  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。