

常務理事	担当理事

受療証発行	自己負担額	受付日・担当者
	☐ 1 万 円 ☐ 2 万 円	

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請書										
申請者が記入する欄	被保険者の記号・番号		群 歯 — (枝番)							
	認定対象者の住所									
	個人番号 (マイナンバー)								組合員との続柄	本人 ・ 家族
	認定対象者の氏名					生年月日	昭・平・令 年 月 日			
	疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血 友 病 3. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染症）								
医師の意見欄	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									
	保険医療機関		名 称 _____							
			所在地 _____							
医師名 _____										
上記のとおり申請いたします。										
令和 年 月 日										
〒 —										
住 所 _____										
組 合 員 _____ 電話(— —)										
氏 名 _____										
群馬県歯科医師国民健康保険組合理事長様										

※次のことにご留意ください。

1 特定疾病にかかる自己負担限度額は1万円です。ただし、人工腎臓を実施している慢性腎不全の方のうち、70歳未満の方で上位所得世帯に属する場合は、自己負担限度額は2万円となります。

2 有効期限後も受療証が必要な場合は、再度申請する必要があります。

3 70歳～74歳の方の受療証には有効期限がありません。有効期限は「**年**月**日」と印字されていますので、交付された受療証を引き続きお使いください。