

青文字の部分をご記入、捺印ください。  
A4サイズの内紙で印刷してください。

判定結果	1	・	2
交付年月日			

証交付申請書

被保険者 記号番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9	(フリガナ) 組合員 氏名	シカイ シタロウ 歯科医師 太郎 印
組合員住所	〒 810-XXXX XXXX市XXXX丁目○番地		
(フリガナ) 対象被保険者 氏名	シカイ シタロウ 歯科医師 太郎	生年月日	昭和 4 年 1 月 2 日
個人番号 (マイナンバー)			
疾病名 (数字を○で 囲んでくださ い)	① 人工腎臓を実施している慢性腎不全  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、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)		

該当する疾病名を○で囲んでください。

上記のとおり療養を受けていることに相違 令和 7 年 7 月 1 日  療養取扱機関 名 称	<p>療養取扱機関から 証明・捺印をいた いてください。</p>
<p>※添付書類 次のいずれかの書類(組合員及び本組合に加入している世帯全員分)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市県民税(所得)証明書(所得・課税の記載があるもの)</li> <li>・市町村民税非課税証明書</li> <li>・市町村民税・県民税納税通知書のコピー (氏名・通知書年度・所得・課税が確認できる箇所)</li> </ul> <p>ただし、70歳以上または上位所得者(各被保険者の所得から基礎控除を差し引いた金額の合計が、600万円を超える世帯)の場合は必要ありません。</p>	