

(様式14号)

|                  |  |     |      |     |       |
|------------------|--|-----|------|-----|-------|
| 支<br>部<br>長<br>印 |  | 理 事 | 事務局長 | 班 長 | 担 当 者 |
|                  |  |     |      |     |       |

### 国民健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

|   |                |      |                |               |
|---|----------------|------|----------------|---------------|
| 組<br>合<br>員<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>欄 | 被保険者証<br>記号・番号 | 宮建 A | 組合員氏名          |               |
|   | 認定対象者<br>の氏名   |      | 昭・平・令<br>年 月 日 | 組 合 員<br>との続柄 |
|   | 認定対象者<br>の住所   |      |                |               |
|   | 疾病名            |      |                |               |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 医<br>師<br>の<br>意<br>見<br>欄 | うえ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                                     |
|                            | 名 称<br>医療機関の<br>所在地                          |
|                            | 医 師 名 <span style="float: right;">(印)</span> |

#### ※必要書類 (□の中に✓をご記入願います)

被保険者全員の課税所得証明書等の原本

| 診療月  | 1月                               | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月                              | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
|------|----------------------------------|----|----|----|----|----|----|---------------------------------|----|-----|-----|-----|
| 必要年度 | 前年度の課税所得証明書等<br>(前々年の1月から12月の所得) |    |    |    |    |    |    | 今年度の課税所得証明書等<br>(前年の1月から12月の所得) |    |     |     |     |

※年度違いの課税所得証明書等を提出された場合は、申請を受理することができません。

上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日

郵便番号 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

組合員住所 \_\_\_\_\_

フリガナ

組合員氏名 \_\_\_\_\_ (印)

宮城県建設業国民健康保険組合理事長 殿

|       |
|-------|
| 受 付 印 |
|       |