

常務理事	事務長	課長	担当	交付年月日	年 月 日
				発行年月日	年 月 日
				標準報酬月額	千円
				限度額	1万 ・ 2万

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者証の記号・番号 記号 番号	事業所名		
8 1234	〇〇株式会社		
被保険者	フリガナ	ケンポ タロウ	生年月日
	氏名	健保 太郎 健保印	昭和 平成 2年 1月 1日
	住所 電話番号	〒 799 -0101 愛媛県四国中央市〇〇町 1-2-3 TEL 0896 (24) 5055	
認定証交付対象者 (被保険者の場合は記入の 必要はありません)	フリガナ	ケンポ ハナコ	生年月日
	氏名	健保 花子	昭和 平成 令和 2年 2月 3日
	住所	〒 ー 同上	
	続柄	性別	
	妻	男 ・ 女	
疾病名 ☞該当する項目に○印 を付けてください	1. 人工透析 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かかるものに限る)		

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。	医師側で記入
	令和 年 月 日	
	医療機関の所在地	
	医療機関の名称	
	医師名 Ⓜ	

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

元年 12月 1日

受付日付印