

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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保印</span>	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和 平成</span> 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	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和 平成 令和</span> 2年 2月 3日
	住所	〒 ー 同上	
	続柄	性別	
	妻	男 ・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">女</span>	
疾病名 ☞該当する項目に○印 を付けてください	1. <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">○</span> 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 <span style="float: right;">Ⓜ</span>	

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