

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	
被保険者	フリガナ		生年月日
	氏名	Ⓜ	昭和 平成 年 月 日
	住所 電話番号	〒 -	TEL ()
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		生年月日
	氏名		昭和 平成 令和 年 月 日
	住所	〒 -	
	続柄	性別	
		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。
	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。
年 月 日

受付日付印