

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者	被保険者証 の記号番号	-		事業所の 名 称			
	氏 名	Ⓜ		生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	被保険者 住 所	〒 - TEL () -					
認 定 対 象 者	認定対象者 氏 名			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
	認定対象者 住 所	〒 -				被保険者 との続柄	
	疾 病 名	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					
希 望 送 付 先	※希望する送付先に○印をしてください。送付先は原則、 <u>職場宛</u> にしてください。						
		職 場 宛 (部署名)					
		上記の被保険者の住所	追記事項				
		上記の認定対象者の住所					
	その他	具体的に					

下記に療養を担当した医師から、証明を受けてください。

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	
	医療機関の名称	
	所在地	
	医師名	Ⓜ
	電 話 () -	

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証を申請します。

令和 年 月 日

健 保 記 入 欄	交付年月日	令和 年 月 日
	発効年月日	令和 年 月 日
	標準報酬月額	千円
	適用区分	1万 ・ 2万

常務理事	事務長	副事務長	係	係	受付印