

受 付 印

常務理事	事務長	係長	担当

処理欄 健保組合	標準報酬月額	千円	認定年月日	平成・令和	年	月	日
	自己負担限度額	円	交付年月日	平成・令和	年	月	日

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	—		被保険者 氏名			被保険者 生年月日	昭和 平成	年	月	日
	被保険者 住所	〒 — 電話() —									
	送付先 ※被保険者住所と 違う場合のみ記入	〒 — 宛名()									
	被保険者と認定対象者が同じ場合は記入不要										
	認定対象者 氏名		性別	男 女	被保険者 との続柄		認定対象者 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	下記1～3の該当疾病名に○をつけて下さい										
	疾病名	1. 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 または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害									
		2. 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全									
3. 抗ウィ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 の定める者に係るものに限る。)											

※下欄に医療機関にて医師の証明を受けて下さい。

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										
	医療機関の所在地										
	医療機関の名称										
医師の氏名 印											

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。

令和 年 月 日

被保険者氏名 印