

受 付 印

記入例

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	〇〇－〇〇〇〇〇	被保険者 氏名	健保 太郎		被保険者 生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 平成	
	被保険者 住所	〒〇〇〇－〇〇〇〇 △△県 △△市 △△町 〇〇丁目 〇〇番地 △△マンション 〇〇号室 電話(〇〇〇〇)〇〇－〇〇〇〇						
	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	健保 花子	性別	男女 女	被保険者 との続柄	妻	認定対象者 生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 平成 令和
	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	医療機関にて証明を 受けて下さい		
	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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者氏名 健保 太郎

健保 印