

組合記入欄	交付日	令和 年 月 日
	発効年月日	令和 年 月 日
	自己負担限度額	1万円 ・ 2万円

理事長	常務理事	事務長	担当者

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		性別	昭和 年 月 日 平成
	氏名		男 ・ 女	
認定対象者	フリガナ		性別	昭和 平成 令和 年 月 日
	氏名		男 ・ 女	
	住所	〒 -		被保険者との続柄
疾病名	電話番号 () - 1. 血友病 2. 人工透析治療を行なう必要のある慢性腎不全 2. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (厚生労働大臣が定める者に限る)			

医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに間違いありません。
	<p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">名称 医療機関の 所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 ㊟</p>

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いたします。

令和 年 月 日

住所
被保険者 _____
氏名 _____ ㊟

