

※令和 年 月 日交付			
常務理事	事務長	業務課長	担当者

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

(新規 ・ 再交付 ・ 更新)

※再交付の場合は旧受療証にかかる滅失届を添付してください。

被保険者証の記号・番号		記号	番号	診療時の標準報酬月額 (※ 健保組合記入欄)	千円
被保険者	フリガナ			勤務先 (配属先) 事業所	名称
	氏名				
	生年月日	昭和 平成	年	月	日
認定対象者	フリガナ			被保険者 との続柄	
	氏名				
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
被保険者 (認定対象者) の住所		フリガナ 〒 -			
疾 病 名 ※ ○で囲んでください。		1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症 に関する医療を受けている方に限る。)			
療養受療証の送付先 ※ ○で囲んでください。		1. 自宅 (被保険者 (認定対象者) の住所) 2. 勤務先事業所 3. その他 [〒 - 住所 :]			
備 考					

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。

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
	名 称
	医療機関の 所在地
	医 師 名