

伺年月日	令和	年	月	日
決裁年月日	令和	年	月	日

課長	課長補佐	担当者

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

◎ この届出書に記載されている個人情報はこの届出書の処理のみに利用し、第三者には提供いたしません。

被保険者が記入する欄	被保険者	記号		番号	
	被保険者	氏名			
	被保険者	生年月日	昭・平 年 月 日	日中連絡の つく 電話番号	
	被保険者	住所	〒		
対象者 (療養を受ける方)	氏名		被保険者との続柄		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日			
疾 病 名 ( 該当番号を○で囲んでください。 )		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			

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
	医療機関所在地				
	医療機関名称				
	医師名				

令和 年 月 日  
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。

【健康保険組合処理欄】

受付年月日

被保険者資格取得年月日 (被扶養者認定年月日)	標準報酬月額
昭・平・令 年 月 日	千円