

常務理事	事務長	部・課長	係長	主任	主務	係員

## 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

保険証の 記号番号		※健保組合記入欄			
		標準報酬月額	千円	自己負担 限度額	1万円・2万円
被 保 険 者	氏名			生年月日	昭・平 年 月 日
	住 所	〒			
	事業所名 事業所所在地	〔 〒 ]			
認 定 対 象 者	氏 名			生年月日	昭・平・令 年 月 日 続柄 ( )
	疾病名	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 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係る者に限る。)			
受領証の送付先 ※○をしてください		1.被保険者自宅 2.事業所  3.その他 ( 住所・宛名 〒 )			

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
	電話番号