

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記号	番号	生年月日	年	月	日
	フリガナ		—	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	被保険者氏名						
	住所	〒	—	電話番号	()	
	事業所 名称	所在地					

認 定 対 象 者 欄	療養を 受ける方の	氏名	生年月日	年	月	日
	疾病名	<input type="checkbox"/>	1 血友病 2 人工透析治療をおこな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(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定めるものに係るものに限る。)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		
	1から3の疾病に 該当する番号を ご記入ください					

医 師 の 意 見 欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。					
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。					
	医療機関の所在地	令和 年 月 日				
	医療機関の名称 医師の氏名 電話番号	この欄に医師の証明を貰ってから提出してください。				

この申請に係る疾病により「都道府県・市区町村など」の医療助成を受ける場合は、健康保険組合へ「医療助成の該当届」と必要書類を必ず提出ください。

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 年 月 日申請

常務理事	事務長	係

健保受付年月日

--