

| | | | | |
|----|----|---|---|---|
| 受付 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 決定 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

| 決 済 | | | |
|------|-----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 担当者 |
| | | | |

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

申請日 令和 年 月 日

| | | | | |
|--------|----------------|------|--------|------------------------------|
| 被保険者情報 | 記号・番号 | 16 - | 被保険者氏名 | フリガナ |
| | 被保険者住所 | 〒 - | | 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 |
| | 被保険者が勤務している事業所 | | | 資格取得年月日 平成 令和 年 月 日 |

| | | | | |
|--------------|--------|---|-----|------------------------------|
| 受療証交付申請する対象者 | 交付対象者 | フリガナ 氏名 | 続柄 | 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 |
| | 認定証送付先 | いずれかに○ 自宅・事業所 その他 ※ | 〒 - | ※その他の場合、記入ください。 ☎ - - |
| | 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 また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ものに限る) | | |

| | |
|--------|---------------------------|
| 医師の意見欄 | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 |
| | 令和 年 月 日 |
| | 医療機関所在地 名称 |
| | 医師名 |

| | | |
|-------|--------|-----------------------------------|
| 健保記入欄 | 交付年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 発行年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 事業所コード | 標準報酬月額 千円 自己負担区分 1万円・2万円 |

| |
|-------|
| 受付日付印 |
| |