

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 01 - 123456	被保険者氏名	フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎
	被保険者住所	〒000-0000 東京都○×区 1-2-3 ☎ 00 (0000) 0000	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	山崎製パン株式会社 (○○工場)	資格取得年月日	平成 令和 ○○年 ○○月 ○○日

認定証交付申請する対象者	交付対象者	フリガナ ケンコウ ハナコ 氏名 健康 花子	続柄 妻	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(血友病) 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 東京都○○区 △△ 1-1
	名称 東京○○○病院 医師名 保険 元

受付日付印

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