

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(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