

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者記入欄	保険証 記号・番号	1 - 999999	事業所名	〇〇〇〇株式会社			
			被保険者 連絡先	080-XXXX-XXXX			
	被保険者	氏名	三菱 太郎				
		生年月日	昭・平 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				
		住所	〒 XXX - XXXX 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3				
	認定対象者	氏名	三菱 二子	続柄	妻		
生年月日		昭・平・令 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					
疾病名		1. 血友病 2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群(厚生大臣が定める者)					
受療証 送付先	〒 - ※上記の「被保険者 住所」と同じ場合は、記入不要です。						

【注意】発行期日は受付した月の1日となりますので、提出日にご注意願います。

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。	<お願い> 医療機関名称・所在地はゴム印を 使用願います。
	年 月 日	
	医療機関へ証明いただくよう依頼を行ってください。	
	医療機関	
	電話番号	
	医師名	

組合記入欄	受付日	令和 年 月 日	自己負担限度額	1万円	2万円	
	決定日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当	健保受付
	交付日	令和 年 月 日				
	備考					