

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	-		事業所名		
				被保険者 連絡先		
	被保険者	氏 名				
		生年月日	昭・平	年	月	日
		住 所	〒 -			
認定対象者	氏 名		続柄			
	生年月日	昭・平・令	年	月	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
		名		称
	医療機関	所 在 地		
		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					