

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

(健 保 組 合 に ご 提 出 く だ さ い)

※ 受付月の初日から有効です。前月に遡っての発行はいたしません。

被 保 者 が 記 入 す る 欄	健康保険証	記号	番号	被保険者の個人番号 (マイナンバー) <small>(* 左欄/記号番号記入の場合は、不要です)</small>													
	被 保 者	氏名		印	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日											
		住所	〒 -														
		電話番号 (日中連絡のとれる番号をご記入ください)	携帯・自宅・勤務先・その他() TEL ()														
認 定 対 象 者	氏名				被保険者との続柄												
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成			性別			男・女									
	住所	〒 -															
	疾病名 (該当する番号をご記入ください。)	1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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。											
	平成 年 月 日											
	医療機関の所在地						電話 ()					
	医療機関の名称						医師の氏名 印					

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

※ 窓口での交付は行っておりません。

以下は記入しないでください。

処 理 結 果	
発効年月日	平成 年 月 日
標準報酬月額	平成 年 月

課長委任	係長	係員

受付日付印