

| | |
|--------|----------|
| 交付年月日 | 令和 年 月 日 |
| 発行年月日 | 令和 年 月 日 |
| 標準報酬月額 | 千円 |
| 所得区分 | |

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

..... [健保組合使用欄]

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

| | | | | | |
|--|---|--|-------------|--------------|----------------------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 | 被保険者証 記号・番号 | 記号 | 番号 | 事業所名 | |
| | 被保険者 | 氏名 | Ⓜ | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| | 被保険者 住所 | 〒 ー 電話 () 都道府県 | | | |
| | 認定対象者 | 氏名 | | 被保険者 との続柄 | |
| | | 生年月日 | 昭・平・令 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| | 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Ⅸ因子障害 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。) | | | |
| | 受療証送付 希望先 (Ⅰ～Ⅲに○ 印をつけてく ださい。) | Ⅰ、被保険者住所 | | Ⅱ、事業所 | Ⅲ、その他 下記に記入してください |
| 住所 | | 〒 ー 都道府県 | | 電話 () | |
| | 宛名 | | | | |

| | | |
|----------------------------|----------------------------|-------------|
| 医 師 の 意 見 欄 | 透析開始年月日 | 昭・平・令 年 月 日 |
| | 上記のとおり診療を受けていることに相違ございません。 | |
| | 令和 年 月 日 | |
| | 医療機関の所在地 | |
| | 医療機関の名称 | |
| | 医師の氏名 | Ⓜ |
| | 電話 () | |

上記のとおり特定疾病療養受領証の交付を申請します。

令和 年 月 日

受付印

※この申請は、事業所を経由せず直接組合に送付してください。