

# 特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証 記号番号	-	被保険者 氏名		生年 月日	S H R	年	月	日
	自宅住所	〒 TEL - -							
	事業所名								
	所属	部 室 課 (内線) 係							
	認定対象者 の氏名		認定対象者 の生年月日	S H R	年	月	日	続柄	
	疾病名	1. 血友病(先天性血液凝固因子障害) 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							

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							
	名称							
	医療機関の所在地							
	医師名 印							

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

健康保険組合理事長 殿

住所

被保険者

氏名

健康保険組合使用欄									
発効 年月日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	担当者	受付	
交付 年月日	令和	年	月	日					
標準報酬 月額	千円								
自己負担限度額区分	1万円			.	2万円				