

同年月日	令和	年	月	日
決議年月日	令和	年	月	日
発行年月日	令和	年	月	日
標準報酬月額				

常務理事	事務長	担当者

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者証記号・番号		社員No.	
被保険者	氏名	所属コード	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	所属名称
適用対象者	氏名	被保険者との続柄	
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	性別 男 ・ 女
疾 病 名	1. 人工腎臓を实地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第Ⅸ因子障害等(血友病)		
	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。		
	令和 年 月 日		
	医療機関名 所在地 名 称 医師名	印	

※医師の意見書が別紙の場合は、申請書に添付下さい

被保険者のマイナンバー(12桁)
(健康保険被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

受付印

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。

【注意事項】

- 当健保組合で申請書を受付した月の1日より有効な受療証を発行します。(前月に遡ることはできません)
- ※申請月に資格取得した場合は、資格取得日となります。