

健康保険特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 険 者	保険証 記号-番号	-	所属(退職者は空欄で可) 会社名+部署名+地区								
	フリガナ 被保険者氏名	下記の通り申請いたします。					印	令和	年	月	日
	被保険者住所	〒	-	電話番号	()	-				
認 定 対 象 者	フリガナ 氏名	被保険者から 見た続柄		生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日					
	現住所 (同一住所なら 「同上」で可)	〒	-	電話番号	()	-				
疾 病 名	<input type="checkbox"/> 1. 慢性腎不全(人工透析を実施) <input type="checkbox"/> 2. 血友病(血漿分画製剤を投与) <input type="checkbox"/> 3. 後天性免疫不全症候群(抗ウイルス剤を投与、HIV感染者を含む)										

医師の意見欄	
上記の通り診療を受けていることに相違ありません。	
医療機関名称・ 所在地	
令和 年 月 日 医師名	
印	

↓ 以下は健保記入(申請者は記入しないでください)

健保記入欄		常務理事	事務長	担当
交付年月日	令和 年 月 日			
発効年月日	令和 年 月 日			
受療証送付先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 所属部署(宛)			

* 標準報酬月額の変更によって自己負担額が変わる場合は、改めて申請してください。
後日、差額の精算が必要になる可能性があります。