

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	<input type="checkbox"/> 確認の上、下記の通り申請いたします。			
	被保険者住所	令和 年 月 日			
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 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	現住所 (同一住所なら 「同上」で可)	令和 年 月 日			
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	
<p>上記の通り診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">医療機関名称・ 所在地</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 医師名</p>	

↓ 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。