

健保記入欄	交付日	令和 年 月 日	標準報酬月額	千円	常務理事	事務長	担当者	
	発効日	令和 年 月 日	所得区分					

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者情報	被保険者証 記号・番号		事業所名称	
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	住所	〒 _____ 電話 (_____)		

認定対象者	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	続柄	
	疾病名	1. 血友病 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
	医療機関の所在地		
	医療機関の名称		
	医師の氏名		
	電話番号 (_____)		

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。

┌──────────┐
受 付 印

令和 年 月 日