

常務理事	事務長	担当	係

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	(年 月 日)	被保険者等 の記号・番号	記号	番号	
	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄	
	認定対象者の 住 所	〒 ー TEL () ※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。				
	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)				
	傷 病 名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 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、厚生労働大臣が定めているものに限る)				

医 師 の 意 見 欄	うえ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				
	名 称				
医師名					
※医療機関名等ゴム印を押印ください。					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

受付年月日

被保険者の 住所 _____

氏名 _____