

受療証交付伺	同年月日	令和	年	月	日
	決済年月日	令和	年	月	日
	標準報酬月額				

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者記入欄

記号			番号				
被保険者氏名			被保険者生年月日	昭和 平成	年	月	日
認定対象者氏名	続柄		認定対象者生年月日	昭和 平成	年	月	日
自宅住所	〒					電話番号(日中の連絡先) ()	
事業所名			所在地				
疾病名	該当する疾病に○をしてください。 1 血友病(先天性血液凝固因子障害) 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 医療機関名称 所在地 医師名
--

送付希望先(上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。)

住所	〒	電話番号(日中の連絡先) ()
宛名		

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。令和 年 月 日

※ 該当となるのは証の交付を受け、医療機関へ提示した場合のみです。

受 付 印

備考欄

※被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記載は不要です。