

常務理事	事務長	担当

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

《注意事項》

受療証の発行年月日は、申請のあった日（受付日）の属する月の初日（申請月が新たに被保険者資格を取得した方、または被扶養者となった方は、当該取得の取得日、または被扶養者認定日）からとなります。そのため、申請書の受付月の初日より遡っての適用はできませんのでご了承ください。

1.被保険者情報

被保険者証の		被保険者氏名	生 年 月 日
記 号	番 号		
		(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日
被保険者の住所	〒 ー (日中) ご連絡が取れる電話番号>		

2.認定対象者

氏 名	生 年 月 日	被保険者との続柄
(フリガナ)	昭・平・令 年 月 日	本人・妻・長男・母など
疾病名	1.血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子障害または先天性血液凝固第IX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(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に限る。)	

3.1 に記入した住所とは別の住所に送付を希望する場合

希望送付先	〒 ー (宛名) (日中) ご連絡が取れる電話番号>
-------	----------------------------------

4.下欄に医師の証明を受けるか、疾病にかかったことを証明する診断書等を添付してください。

医師の証明	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 (印)		
電話番号			

以下は、健保使用欄のため、記入しないでください。

同時申請	1. 資格取得届	令和 年 月 日
	2. 被保険者(事異)	令和 年 月 日
	3. 被扶養者異動届	令和 年 月 日
4. その他 理由		
本人	標準報酬月額	自己負担限度額
家族	千円	円

受付年月日