

常務理事	事務長	担当者
標準報酬月額	千円	
自己負担限度額	1万円	2万円

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者証	記号	2001	被保険者氏名	健保 太郎	健保印
		番号	00000	被保険者生年月日	昭和 00 年 00 月 00 日 平成 令和	
	被保険者住所電話番号	(〒 000 - 0000) 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 TEL 000 - 0000 - 0000				
	認定対象者続柄	長男	認定対象者氏名	健保 一郎	認定対象者生年月日	昭和 00 年 00 月 00 日 平成 令和
	疾病名 (右記番号に○を記入してください。)	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 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 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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係るものに限る。)				

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	印
	電話番号	

上記のとおり申請します。

受付日付印

令和 00 年 00 月 00 日