

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

| | | | |
|------|-----|------|----|
| 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 扱者 |
| | | | |

| | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------|--|---|------|------------------|-----------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ | 被保険者証の 記号一番号 | | — | | 事業所名 | | |
| | 被 保 険 者 | 氏名 | | | | 電話番号 (日中の連絡先) | |
| | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| | 認 定 対 象 者 | 氏名 | | | | 被保険者 との続柄 | |
| | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 男 女 |
| | 疾病名 1から3の疾病に該当する 番号をご記入ください。 | <input type="checkbox"/> | 1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅳ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅷ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係るものに限る) | | | | |
| | 被保険者 (適用対象者)の住所 | 〒 — | | | | | |
| | 上記住所以外に送付を希望される場合はご記入ください | | | | | | |
| | 送付希望先住所 | 〒 — | | | | | |
| | 宛名 | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------------|---|--|--|--|--|--|
| 医 師 の 意 見 欄 | 下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。 | | | | | |
| | 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 () | | | | | | |

| | |
|-----------------------|--|
| 社会保険労務士の 提出代行者名記載欄 | |
|-----------------------|--|