

極秘

発効年月日	令和 年 月 日						係
資格取得	昭・平・令 年 月 日						
標準報酬月額							
負担限度額	1万円・2万円						
備考							

※上の欄には記入しないでください。

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	被保険者の 氏名及び 生年月日	昭・平・令 年 月 日生	被保険者 証の	記号							番号					
	認定対象者の 氏名及び 生年月日	昭・平・令 年 月 日生	被保険者 との続柄													
	認定対象者の 住所及び 電話番号	〒 - Tel () -														
	疾 病 名 (該当する疾病名 の番号に○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。)														
	備 考 欄															

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。

(マイナンバーを記載した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

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。
	年 月 日
	名 称
	所在地
医 師 名	(印)

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所
被保険者の
氏 名

(印)

社会保険労務士記載欄

(印)

受付日付印