

発効年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務局長	課長	主任	係
資格取得	昭和・平成 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。

認定対象者が家族のときはその方の氏名・生年月日と被保険者との続柄を記載してください。

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	健康 太郎 昭平 〇〇年 〇〇月 〇〇日生	被保険者証の記号	2	3	1	2	番号	2	0	0	0
	認定対象者の氏名及び生年月日	同上 昭平 年 月 日生	被保険者との続柄	本人								
	認定対象者の住所及び電話番号	〒 231 - 0015 横浜市中区尾上町〇〇-××			Tel (045) 〇〇〇 - ××××							
	疾病名 (該当する疾病名の番号に〇してください)	①人口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	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。	
	平成 24 年 1 月 16 日	必ず「医師の意見欄」を記載してもらってください。
	名称 所在地	横浜〇〇病院 横浜市中区〇〇
	医師名	横浜 太郎 (横 印)

上記のとおり申請します。

平成 **24**年 **1**月 **23**日

住所 **横浜市中区尾上町〇〇-××**
被保険者の氏名 **健康 太郎** (健 印)

受付日付印

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿