

伺日	令和 年 月 日
----	----------

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 險 者 が 記 入	被保険者証	記号		氏名				
		番号		生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	個人番号			※記号番号の記載があれば、個人番号は記載不要				
	交付対象者 続柄			氏名				
				生年月日	年 月 日			
	被保険者の 住所 電話番号	〒 TEL						
疾病名	1	人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全						
	2	血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子障害また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うけていることに相違ありません。							
	令和 年 月 日							
	医療機関 名称							
	所在地							
医師氏名								

被 保 險 者 が 記 入	上記のとおり申請します。							
	令和 年 月 日							
	被保険者 氏名							
経済団体健康保険組合 理事長 殿								