

同日	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 険 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		氏 名			
			生 年 月 日	年 月 日		
	続 柄					
	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 険 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				