

健保使用欄	決 裁							
	申請書受付日	年	月	日	常務理事	事務長	次 長	給 付
	交付決定日	年	月	日				
	資格取得日	年	月	日				
	所得区分	上 位 ・ 一 般						

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ところ	① 被保険者証の 記号・番号																	② 事業所名											
	③ 被保険者の 氏名と印													④ 被保険者の 生年月日	昭和	年	月	日	平成										
	⑤ 被保険者の 住所・連絡先	郵便番号														連絡先電話番号													
	⑥ 対象者が被扶養者 の場合は、その者の	氏名											生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄											
	⑦ 疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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定める者に係るものに限る。)																											
	⑧ 国又は地方公共団体の医療費助成の受給													有 ・ 無															
	⑨ ⑧が「有」の場合	実施機関											種 別																
		助成内容	自己負担金額の 全 額 ・ 一 部 * 「一部」の場合の自己負担 ()																										

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。																							
	令和 年 月 日																							
	医療機関の 所在地・名称																							
	医 師 名 ⑨																							
	電話番号																							

【注意事項】

受 付 日 付 印

- 「被保険者が記入するところ」(太枠内①～⑨)の必要事項を全て記入して下さい。
- 受療証は申請書受付日が属する1日から発効となります。