

**健康保険
特定疾病療養受療証交付申請書**

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号番号	-	事業所名				
			連絡先	(内線)			
	被保険者	氏名					
		生年月日	昭・平 年 月 日				
	認定対象者	氏名		続柄			
生年月日		昭・平 年 月 日					
住 所		〒 -					
疾 病 名		1．血友病 2．人工透析を行う必要のある慢性腎不全 3．後天性免疫不全症候群（厚生大臣が定める者）					
受療証の 送付先	事業所経由 その他						
医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 平成 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 医療機関 名 称 所在地 電話番号 </div> 医師名						
被 保 険 者 記 入 欄	上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 住 所 被保険者 氏 名						

【注意】 発効期日は受付した月の1日となりますので、提出日にご注意願います。

組 合 記 入 欄	受 付 日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	係	
	決 定 日	平成 年 月 日				
	交 付 日	平成 年 月 日				
	自己負担限度額	1万円	⋮	2万円		
	備 考					