

同年月日		令和 年 月 日									
受療証交付決議書	発効期日	令和 年 月 日		常務理事	事務局長	部長	課長	扱者	資格確認	取得	年 月 日
		から有効								喪失	年 月 日
	証番号	第	号						被扶養者認定	年 月 日	
				標準報酬月額		月額適用(異動)年月		自己負担限度額			
				千円		令和 年 月		1. 10,000円 2. 20,000円			

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号	ふりがな						
		番号	被保険者の氏名						
			生年月日	昭和・平成 年 月 日					
	被保険者の現住所	〒		TEL ()					
	事業所の名称	〒		TEL ()					
	認定対象者	氏名	生年月日		昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄		
		住所	〒		TEL ()				
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								

医師の意見書	上のおり診療を受けていることに相違ありません。 なお、診療開始日は						
	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				令和 年 月 日		
	令和 年 月 日						
	住所(所在地)						
	医師 医療機関名 氏名						
TEL ()							

(備考)

受付日付印

※被保険者の記入欄を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

※医師の証明欄を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。