

提出先:本人(被保険者)→健保組合

常務理事	適用担当

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 す る 欄	被保険者氏名	被保険者証の 記号・番号	—
	被保険者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	従業員番号
	認定対象者の 氏名 <small>(被保険者との続柄:)</small>	認定対象者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
	受療証の送付先	〒 —	被保険者との 続柄
	認定対象者と連絡が 取れない場合の連絡先	連絡可能な方の名前 <small>(認定対象者との続柄:)</small>	電話番号
	疾 病 名 <small>該当する項目に○を記入</small>	1. 人工透析治療を実施している慢性腎不全 2. 血友病 3. 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 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等	

医 師 の 意 見 欄	疾 病 名	適用年月日	令和 年 月 日
	上記のとおり治療を受けていることに相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関の名称 所在地 医師名 ㊟		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

被 保 険 者

氏 名 ㊟