

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者(申請者)・医師 記入用

起案日 令和 年 月 日

常務理事	事務局長	部 長	G 長	G L	扱 者

申請書は、消えない黒のボールペン等
を使用し丁寧に記入してください。

※上記は記入しないでください。

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記 号	番 号	事 業 所 名 称			
	氏 名			生年月日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日		
	住 所	〒 ー		TEL ()			
認定対象者欄	氏 名			生年月日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日	続 柄	
	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因子第Ⅷ因子障害又は 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 (H I V感染を含み、血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感 染症に関する医療を受けている者に限る。)					

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	名 称 所在地 電話番号 医師名	

<必ずお読みください>

受療証の発効期日は、厚生労働省の通知により申請書が組合に「到着（受付）した日の属する月の初日」と定められています。（例えば1月20日に申請書が到着した場合、発行期日は1月1日となります。）

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者 住 所 〒 ー
氏 名

全国設計事務所健康保険組合 殿
受付印