

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者情報	被保険者等	記号	番号	所属事業所及び部署名	電話(内線)	
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒				電話 ()
	メールアドレス					

認定対象者欄	療養を受ける方	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住所	〒			
	電話番号 (日中の連絡先)	電話 ()	続柄		
	疾病名 (該当に○)	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害また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 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)			

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。				
	令和 年 月 日				
	所在地				
	医療機関 名称				
	医師名 電 話				

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日
被保険者氏名

日東紡績健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

記入内容に誤りのないことを確認しました。

*** 事業所責任者確認欄(記号37の事業所)**

住所

氏名