



常務理事	事務長	課長	担当

## 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	被保険者証の記号・番号	45	300	
	事業所名	〇〇〇株式会社		
	被保険者氏名	(フリガナ) ヤマダ タロウ 山田 太郎		
	被保険者生年月日	昭和・平成 45 年 11 月 3 日		
	被保険者住所	〒 大阪市・・・ TEL 06 (1234) 0000		
	療養を受ける方の氏名	(フリガナ) ヤマダ ハナコ 山田 花子		
	療養を受ける方の	生年月日	昭和・平成 45 年 2 月 25 日	続柄
疾 病 名 (1~3の疾病に該当する番号 にまるをつけてください)	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う治療のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係わるものに限る)			

医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	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	
	医療機関の所在地	
	医療機関の名称	
	医師の氏名	
	電 話 ( )	
透 析 開 始 日	昭和・平成 年 月 日	

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

平成 年 月 日

受付日付印