

常務理事	事務長	課長	係

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	〒	530	—	0000 大阪市…
	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 令和	45	年 2 月 25 日 続 柄
疾 病 名	1、血友病 2、人工透析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 (1~3の疾病に該当する番号に○をつけてください) (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に関わるものに限る)				

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	令和	年	月	日
	医療機関の所在地				
	医療機関の名称				
	医師の氏名	⑩			
	電 話	()			
透 析 開 始 日	昭和・平成・令和	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。

令和 年 月 日 提出

受付年月日