

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください

健康保険の資格情報										所属またはグループ会社名(任意継続・特例退職者は記入不要)									
記号					番号										部		課		
															支社				
															会社		営業オフィス		

被保険者記入欄	被保険者の氏名																
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日															
	認定対象者の氏名															被保険者との続柄	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日															
	認定対象者の住所	〒															
疾病名 (該当に○をつける)	① 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Ⅸ因子障害 ② 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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																
	医療機関の 名称																
	所在地																
医 師 名																	

被保険者記入欄	上記のとおり申請します																
	第一生命健康保険組合理事長殿																
	令和 年 月 日																
	被保険者の 住所																
氏名																	

(注) 1. 発効期日は健康保険組合到着日の属する月の1日になります
2. 資格喪失した場合は「特定疾病療養受療証」(交付対象者のみ)を健康保険組合宛ご返却ください

健保組合	処理欄	常務理事	事務長	担当	検算	月額	自己負担限度額	証送付年月日	入力年月日
						千円	1万円 2万円		