

### 健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

健康保険被保険者証										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		営業オフィス
											会社		

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 血友病 ② 人工透析治療を行なう必要のある慢性腎不全 ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群												

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」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		