

# 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	記号 被保険者証の (右づめ)	番号	生年月日 年 月 日															
	<table border="1"><tr><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr></table>	○	○	○	<table border="1"><tr><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr></table>	○	○	○	○	○	○	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <table border="1"><tr><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td><td>○</td></tr></table>	○	○	○	○	○	○
	○	○	○															
	○	○	○	○	○	○												
	○	○	○	○	○	○												
氏名 (フリガナ) 四谷 花子																		
住所 (〒) × × × - × × × ×	東京 都道府県	千代田区〇〇町〇丁目〇号																
電話番号 (日中の連絡先) TEL 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇																		
株式会社 〇〇〇キヨスク																		

認定対象者欄	療養を受ける方 氏名	四谷 花子	続柄 本人	生年 月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日
	疾病名 〔1から3の疾病に該当する〕 番号をご記入ください	3	1. 血友病 2. 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症 3. 人口透析治療を行う必要のある慢性腎不全	

医師の意見欄	下欄に医師の証明をうけてください		
	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		
電話	( )		

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

確認欄	<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。		
		①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。		

受付日付印

(R3.5)

鉄道弘済会健康保険組合