

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	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和			
					<input type="checkbox"/> 平成	〇〇	〇〇	〇〇
					<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ) ヨツヤ ハナコ	四谷 花子						
住所	(〒	×××	—	××××	東京	都	道	千代田区〇〇町〇丁目〇号
					府	県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	00	(0000)	0000			
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 医師の証明をうけてください											
	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)