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	番号	生年月日 年 月 日
被保険者証の（右づめ）			□ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒 ー ） 都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL （ ）		

認定対象者欄

療養を受ける方	氏名	続柄	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 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）	□	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受けてください

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

□ 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