

発行年月日	年 月 日
標準報酬月額	千円
所得区分	

常務理事	事務長		係

健康保険  
特定疾病療養受療証  
交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険氏名	被保険者証の		記号	
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	記号・番号	番号
	認定対象者の氏名		生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
	認定対象者の住所	〒 ー			被保険者との続柄
	疾病名	1 人工透析を実施している慢性腎不全 2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(いわゆる血友病) 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V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	上記の通り、診療を受けていることに相違ありません。			
	年 月 日			
	医療機関の 名称 所在地			
	医師名			印

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

住所  
被保険者  
氏名

印

宝グループ健康保険組合理事長 殿

受付日付印