

健康 保 記 入 欄	受付年月日	年 月 日	自 己 負 担 額 分 限 区	1万円  2万円	常務理事	事務長	係
	交付年月日	年 月 日					
	発効年月日	年 月 日					

## 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

公文健康保険組合理事長 様

下記のとおり申請します。

申請日 平成 年 月 日

被 保 者 記 入 欄	健康保険 被保険者証	記 号	番 号	被保険者の 氏名 生年月日	昭和・平成 年 月 日生	㊟	
	被保険者の 住所等	〒  TEL ( )					
	所属する	事業所 (株)	部署				
	認定対象者の 氏名	フリガナ	認定対象者の 生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生	被保険者 との続柄		
	認定対象者の 住所等	〒  TEL ( )					
	疾病名	1 人工腎臓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、又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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	<p style="text-align: center;">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 名称 所在地 TEL 医師名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>
----------------------------	--

(記入上の注意)

- ① 被保険者が記入する欄の疾病名は、該当する疾病の番号を○で囲みます。
- ② 医師の意見欄には、①でかかる疾病について、現に受診している医師から証明を受けてください。

(連絡事項) 受療証の交付申請を行うに際しては、直接健康保険組合に申請しても、事業主を経由してもいずれでもよいこととされています。