

常務理事	総務課長	課長代理	担当者	交付年月日	年 月 日
				発効年月日	年 月 日
				標準報酬月額	千円
				限度額	1万円 ・ 2万円

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被 保 險 者 欄	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者証 の 記号・番号	—		
	認 定 対 象 者 欄	認定対象者の 氏 名		認定対象者の 生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者との 続柄	
		認定対象者の 住 所	〒 —				
		疾 病 名 〔○印を付けてください。〕	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(HIV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	上記のとお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 電話番号 医 師 名 ⑩
----------------------------	--

上記のとおり申請します。

年 月 日

〒 —
住 所
被保険者
氏 名 ⑩

電話番号

水産連合健康保険組合理事長 殿

【受付印】