

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者
月額	千円：限度額	円

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	被保険者氏名			被保険者証の				
	及び生年月日	昭・平	年	月	日	記号・番号		
	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	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅲ因子障害又は先天性血液凝固Ⅸ因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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ものに限る）							

医 師 の 意 見 欄	上の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
	名 称 医療機関の 所在地
	医 師 名

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者氏名

YKK健康保険組合理事長 殿

【提出先およびお問合せ先】

〒938-8601 富山県黒部市吉田200
YKK健康保険組合 医療費担当

TEL：(外線)0765-54-8650 (内線)772-3920

FAX：(外線)0765-57-0326 (内線)772-3929

受付印