

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	被保険者氏名 及び生年月日	S・H・R 年 月 日		被保険者証の 記号番号	—	
	認定対象者	氏名	(フリガナ)		被保険者との 続柄	
		生年月日	S・H・R 年 月 日			性別
	認定対象者の窓口負担の有無	病院の窓口負担について、国や市町村から助成を受けていますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	疾 病 名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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因子障害等 <input type="checkbox"/> 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。				
	令和 年 月 日				
	名称 医療機関の 所在地				
	医師名				

発効日は、申請を受付した月の1日となります。

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所
被保険者
氏名

レンゴー健康保険組合殿