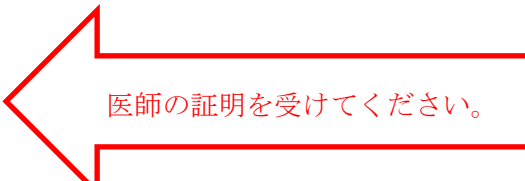


常務理事	事務長	係

## 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	<b>健保 康男</b> S・H・R 50年12月1日		被保険者証の記号番号	〇〇-1111	
	認定対象者	氏名	(フリガナ) <b>健保 康男</b>		被保険者との続柄	本人
		生年月日	S・H・R 50年12月1日		性別	男 女
	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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	疾病名	<input checked="" 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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所            **大阪市北区中之島 2-2-7**

被保険者

氏名            **健保 康男**

レンゴー健康保険組合殿