|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 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 | 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？ | | | | | □はい　　□いいえ | |
| 疾病名 | □人工腎臓を実施している慢性腎不全  □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  □抗ウィ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  被保険者 | | | |  |  | | | |
| 住所 |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
|  | | | | |

レンゴー健康保険組合殿