|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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