健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者情報			
健康保険の（右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 □ 昭和 □ 平成
氏名	（フリガナ）		
住所	（〒　　－　　）　都 道 府 県		
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）		

認定対象者欄		
療養を受ける方	氏名	生年月日　□ 昭和　□ 平成　□ 令和　年　月　日
疾病名（１から３の疾病に該当する番号をご記入ください）	□	1. 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者に係るものに限る。）

医師の意見欄

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。

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

医療機関の所在地	
医療機関の名称	
医師の氏名	
電話	（　　）

事業所以外（自宅や病院等）への送付を希望する場合はご記入ください。

希望送付先	
住所	（〒　　－　　）　都 道 府 県
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）
宛名	

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。　令和　年　月　日

【健保使用欄】

常務理事	事務長	担当者

受付日付印

太平洋セメント健康保険組合
（給）-2024.09