

交付日	令和 年 月 日
発効日	令和 年 月 日
取得日	昭和・平成・令和 年 月 日
標準報酬月額	千円
認定日	昭和・平成・令和 年 月 日

専務理事	常務理事	事務長	課長	係員

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者記入欄	被保険者の氏名及び生年月日	フリガナ 昭・平 年 月 日	被保険者証の記号・番号	—	
	事業所の名称		事業所の所在地		
	認定対象者の氏名	フリガナ	認定対象者の生年月日	昭 平 令	年 月 日
	認定対象者の住所			認定対象者の続柄	
	疾病名 <small>該当する数字を○で囲んで下さい</small>	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 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 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			

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

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者の住所 下.....

氏名

近畿電子産業健康保険組合理事長殿