

| | | | | | | | |
|----------|-------|----------|------|-----|----|---|-----|
| ※決定 伺 | 伺の日 | 令和 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 | 担当者 |
| | 交付年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | |
| | 発効年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | |

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 と こ ろ | 被保険者証の記号・番号 | | 被保険者 氏名 | 生 年 月 日 | | | | | | | | |
| | — | | | 昭和 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | | |
| | 認定対象者 | 氏名 | フリガナ | 性別 | 生 年 月 日 | | | | 被保険者 との続柄 | | | |
| | | | | 男・女 | 昭 和 平 成 令 和 | | 年 | | 月 | | 日 | |
| | 認定対象者 の住所 | 〒 — (電話番号) () | | | | | | | | | | |
| | 事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | 〒 — | | | | | | | | | |
| 疾 病 名 | 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第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。) | | | | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 の マ イ ナ ナ ン バ ー 記 入 欄 | | | | | | | | | | | | |
| ※被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です。 ※マイナンバーで申請する場合は、個人番号確認及び本人確認をするための書類が必要となります。 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 療 養 担 当 者 が 記 入 す る と こ ろ | 上記の疾病につき診療していることに相違ありません。 | | | | | | | | | | |
| | 令 和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | 医療機関所在地 | | | | | | | | | | |
| | 医療機関の名称 | | | | | | | | | | |
| | 医師の氏名 (電話番号) () | | | | | | | | | | |

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

兵庫自動車販売店健康保険組合理事長 様

受付日付印