

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日

同年月日	令和 年 月 日	
常務理事	事務長	係

健保記入欄	標準報酬月額	円	自己負担限度額	1万円・2万円	事業所担当者
	発効開始年月日	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欄	被保険者氏名	被保険者等の	—				
	及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	記号・番号				
	認定対象者の氏名	認定対象者の生年月日	昭平令 年 月 日	被保険者との続柄			
	認定対象者の住所						
疾病名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病（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） 3. 抗ウィル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	うえ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 名称				
	所在地				
医師名					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所  
被保険者  
氏名

セイコー健康保険組合理事長 殿