

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	健保 太郎	被保険者等の	00 - 0000		
	及び生年月日	昭・平・令 00年 00月 00日	記号・番号			
	認定対象者の氏名	健保 愛子	認定対象者の生年月日	昭平令 00年 00月 00日	被保険者との続柄	妻
	認定対象者の住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
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 00年 00月 00日				
	医療機関の名称 〇〇〇〇病院				
	所在地 〇〇県〇〇市〇〇町2-2				
医師名 □ □ □ □					
医療機関の証明を受けてください。					

上記のとおり申請します。

被保険者が記入ください。	令和 00年 00月 00日				
	住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1				
	被保険者氏名 健保 太郎				
	セイコー健康保険組合理事長 殿				