

※健保使用欄

資格取得日	年	月	日
認定日	年	月	日

常務理事	事務長	課長	主任	処理者

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者	記号	番号	事業所名称
	フリガナ			生年月日
	被保険者氏名			昭和 平成
	フリガナ			年 月 日
	認定対象者氏名			昭和 平成 令和
	認定対象者住所	〒		年 月 日
電話番号	-		-	
疾病名	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 30px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>			
<small>1~3の番号をご記入ください</small>	<p>1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全</p> <p>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</p> <p>3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群</p>			

医 師 の 意 見 欄	上の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	所在地	〒	
		名称		
		電話番号	-	-
医師名				

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	上記のとおり申請します。			
	令和 年 月 日			
	被保険者	住所	〒	
		電話番号	-	-
		氏名		
全日本理美容健康保険組合 理事長 殿				

受付日付印