

健康 保 記 入 欄	交付日	年 月 日	発効日	年 月 日	常務理事	事務長	担当者
	標準報酬	千円	所得 区分	上位所得、一般 負担限度額 万円			

## 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

<b>被保険者記入欄</b>								
被保険者証 記号、番号	記号	番号	被保険者氏名 及び生年月日	氏名	昭和・平成・令和	年	月 日生	
認定対象者 氏名、生年月日、続柄	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生	被保険者との続柄	
認定対象者 の住所	〒 ー							
疾 病 名  (番号を○で囲む)	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				治療開始		年 月 日
	2	人工腎臓を実施している慢性腎不全				透析治療開始		年 月 日
	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。)				治療開始		年 月 日
上記の通り申請します。								
年 月 日提出								
日本ハウスホールディングス健康保険組合理事長 殿								
住 所 _____								
被保険者 氏 名 _____ (印)								
T E L _____								

<b>医師の意見欄</b>							
上記の通り診療を受けていることに相違ありません。							
年 月 日							
名 称 _____							
医療機関の 所在地 _____							
医 師 名 _____ (印)							