

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

常務理事	事務長	課長	担当

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	生年月日		電話番号		
	-		昭和・平成 ・令和	年	月	日	()
	フリガナ			年齢			
	氏名			印			
	フリガナ						
住所							

認 定 対 象 者	療養を受ける方		生年月日	
	氏名		昭和・平成・令和 年 月 日	
	疾病名 ○で囲む	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液血液凝固第Ⅶ因子障害または先天性血液凝固Ⅸ因子障害 2. 人工透析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かかるものに限る)		

医 師 の 意 見 欄	下欄に医師の証明をうけるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。 上記のとおり診療をうけていることに相違ありません。				
	年 月 日				
	医療機関所在地				
	医療機関の名称				
	医師の氏名				印
電話番号					

上記のとおり申請します。 年 月 日

熊本県自動車販売店健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

