| | |
|---|---|
| 発行年月日 | 年　　月　　日 |
| 標準報酬月額 | 千円 |
| 所得区分 | |
| | |

| 常務理事 | 事務長 | | 係 |
|---|---|---|---|
| | | | |

# 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 | 被保険氏名 | | 被保険者等<br>記号・番号 | 記　号 | | |
| | 生年月日 | 昭 和<br>平 成<br>令 和　　年　　月　　日 | | 番　号 | | |
| | 認定対象者の氏名 | | 生 年<br>月 日 | 昭 和<br>平 成<br>令 和　　年　　月　　日 | | |
| | 認定対象者の住所 | 〒　　－<br>TEL: | | | 被保険者との続柄 | |
| | 疾　病　名 | 1　人工透析を実施している慢性腎不全<br>2　血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(いわゆる血友病)<br>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） | | | | |

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

上記の通り申請します。

令和　　年　　月　　日

被保険者 住 所

氏 名　　㊞

宝グループ健康保険組合理事長　殿

| 受付日付印 |
|---|
| |