

※健保記入欄

起案						
常務理事	課長	係長	主任	係	標準報酬月額	所得区分
					千円	上位・一般
発効年月日	平成	年	月	日	取得年月日	昭和・平成 年 月 日
有効期限	平成	年	月	日	被扶養者認定日	昭和・平成 年 月 日

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

※ の部分にご記入下さい。

被保険者が記入する欄	被保険者氏名 及び生年月日	平成 年 月 日	被保険者証 の記号及び番号	記号	
				番号	
	被保険者の 住所	〒 -			
	認定対象者の 氏名		認定対象 者の生年月日	平成 年 月 日	被保険 者との続 柄
	疾病名 (☑を入れて 下さい)	<input type="checkbox"/> 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。)			
上記住所以外の 送付を希望の場合 のみ記入	〒 -				

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。 平成 年 月 日
	医療機関の 名称
	所在地 〒 -
	医師名 (印)
	電話番号 - -

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

被保険者氏名

連絡先電話番号

大阪府信用金庫健康保険組合