

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	担当者

神栄健康保険組合 御中

提出日： 年 月 日

被 保 険 者	記号	番号	氏名	生年月日				
				年		月		日
	被保険者住所	〒						
	勤務先事業所名			電話番号 (日中連絡先)				

認 定 対 象 者	氏名		続柄	生年月日				
				年		月		日
	疾病名	右記番号に○ を記入してく ださい	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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 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物に係るものに限る)					

注1) 認定証交付対象者が被保険者本人である場合は、氏名・性別・続柄・生年月日について、記入の必要はありません。

送 付 先	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同 様の場合は チェックのみ	被保険者と異 なる住所に送 付希望の場合 記入	(〒 -)	
	宛名			電話番号 (日中の 連絡先)	

医 師 の 意 見 覧	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
	医療機関の 所在地	〒 -	
	医療機関の 名称		
	医師名		
電話番号	()		

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請致します。

受付印