

起案	令和	年	月	日	常務理事	事務長	部長	課長	担当者
決裁	令和	年	月	日					
執行	令和	年	月	日					

## 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	被保険者証 記号・番号	50	100	被保険者 氏 名	連合 太郎
	認定対象者 の氏名	連合 太郎		認定対象者 の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 58年 3月 31日
	被保険者 との続柄	本人			
	認定対象者 の住所	〒 530 - 0000 大阪市北区〇〇町〇-△-□ TEL 06 ( 1234 ) 5678			
	傷病名  (1~3の傷病名の 該当する数字に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください)	<input type="checkbox"/> 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 または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 <input checked="" type="checkbox"/> 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <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。)			
医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 令和 4 年 4 月 1 日 医療機関の所在地 大阪市北区〇〇町1-2-3 医療機関の名称 〇×〇×病院 医師名 伊藤 〇夫				
上記のとおり申請します。 令和 4 年 4 月 1 日 住所 〒 530 - 0000 大阪市北区〇〇町〇-△-□ 被保険者 氏名 連合 太郎 電話 06 ( 1234 ) 5678 丸紅連合健康保険組合理事長 殿					