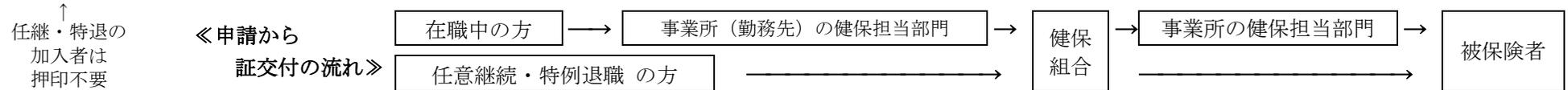


事業所担当者 確認印

特定疾病療養受療証交付申請書

健康保険組合		
GL	担当者	担当者



被 保 険 者 証		被 保 険 者 氏 名		申 請 日	令 和 年 月 日	
記 号	番 号			所 属		
				TEL	内線：	
受 給 者 氏 名		性 別	生 年 月 日	続 柄	交 付 年 月 日	発 効 期 日
		1. 男 2. 女	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日		令和 年 月 日	令和 年 月 日
疾 病 名		1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群				
被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーで申請する方は、備考欄へ記入してください。 ※マイナンバーで申請の場合：-1.本人確認のため書類(番号カード等の写し等)も添付してください。 -2.申請書を郵送する場合は「簡易書留」で送付してください。				備 考 欄		

医 師 の 証 明	1. 血友病と認定した日		令和 年 月 日
	2. 人工透析治療を開始した日		令和 年 月 日
	3. 抗ウイルス剤投与を開始した日		令和 年 月 日
上のおり診療を受けていることに相違ありません。			
名 称		令和 年 月 日	
医療機関の 所在地			
TEL			
医師名		(印)	

記 入 上 の 注 意	1. 太枠の中を記入して下さい 2. 氏名は楷書でわかりやすく書いて下さい 3. 性別・元号 → 該当数字を○で囲む 4. ペン又は、ボールペンで記入して下さい (鉛筆書きは不可です) 5. 印は朱肉印をお願いします
----------------------------	---