

受 付 令 和 年 月 日
決 定 令 和 年 月 日

担当責任者	確認者	受付者

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

新規 ・ 再交付

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	名鉄 太郎 昭・平 45年 8月 31日	被保険者証の 記号及び番号	1-23456		
	認定対象者の 氏 名	名鉄 花子	認 定 対 象 者 の 生 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令 48年 11月 10日	被保険者 との続柄	妻
	認定対象者の 住 所	名古屋市中村区名駅1-2-3				
	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 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係わるものに限る)				

医 師 の 意 見 欄	上のおり診療を受けていることに相違ありません。					
	令 和 年 月 日					
	医 療 機 関 名 称	※ 医療機関で証明を受けてください。				
	所 在 地	※ 再交付の方は医師の記入は必要ありません。				
医 師 名	印					

【注意事項】

*認定証の発効期日は、申請書が健康保険組合へ到着した日の属する月の1日になります。ただし、申請のあった月に被保険者の資格を取得した者、又は被扶養者となった者については、その資格取得日、又は扶養認定日となります。

上記のとおり申請します。

(新規の方の場合)

令和 1 年 5 月 8 日

← 例: 申請(送付)5/31 健保到着 6/2 の場合、認定は6/1となります。
月末に申請の場合は特に注意して下さい。

被保険者 住 所 名古屋市中村区名駅1-2-3

氏 名 名鉄 太郎 印