

| | | | | |
|----|----|---|---|---|
| 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 | 昭・平 年 月 日 | 被保険者証の 記号及び番号 | | | |
| | 認定対象者の 氏 名 | | 認 定 対 象 者 の 生 年 月 日 | 昭 ・ 平 ・ 令 | 年 月 日 | 被保険者 との続柄 |
| | 認定対象者の 住 所 | | | | | |
| | 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 | | | | | |
| | 所在地 | | | | | |
| | 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。

令和 年 月 日

被保険者 住 所

氏 名 (印)

名古屋鉄道健康保険組合 殿