

| | | |
|-----|-------|--------|
| 発効日 | 年 月 日 | 標準報酬月額 |
| 決定 | 年 月 日 | 千円 |

| | | |
|------|-----|-----|
| 決 | | 裁 |
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

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 | 被保険者氏名 及び生年月日 | | | 被保険者証の 記号及び番号 | - | |
| | | 年 月 日 | | 連絡先 | - - | |
| | 認定対象者の 氏 名 | | 認定対象者 の生年月日 | 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. 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 | | | | | |

| | |
|----------------------------|---|
| 医 師 の 意 見 欄 | うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 名称 医療機関の 所在地 医 師 名 |
|----------------------------|---|

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

被保険者のマイナンバー記入欄

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

上記のとおり申請します。

年 月 日

〒 -

住 所
被保険者
氏 名

中部アイティ産業健康保険組合理事長 殿

受 付 日 付 印