

記入例

特定疾病療養受療証交付申請書

下記の通り申請します。

被 保 険 者 等		被 保 険 者 氏 名		申 請 日	令和 3 年 12 月 21 日
記 号	番 号				
1000	123456	健保 太郎		所 属	海老名総合病院 管理部〇〇課
受 給 者 氏 名		性別	生 年 月 日	続 柄	
健保 太郎		1. 男 2. 女	1. 昭和 2. 平成 2 年 4 月 1 日 3. 令和	本人	
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			該当の疾病名に〇印をつけて下さい
発送先 住所	住所	〒()			TEL ()
	氏名	受療証の発送先をご記入下さい			

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			
	3. 抗ウイルス剤投与を開始した日			
	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			
名 称		医師に証明を受けて下さい		印
医療機関の所在地				
TEL				
医師名				

受付印

健保使用欄	交付年月日	令和 年 月 日	発効期日	令和 年 月 日
-------	-------	-------------------------	------	-------------------------