

決		裁
常務理事	事務長	担当者

発効日	平成 年 月 日	標準報酬月額 千円
決定	平成 年 月 日	

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	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	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				

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。
	平成 年 月 日
	名 称 医療機関の 所在地
	医 師 名 (印)

マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載して下さい。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付して下さい。なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付して下さい。

マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)

備 考	
-----	--

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日
〒 -
住 所
被保険者
氏 名

(印)

中部アイティ産業健康保険組合理事長 殿

/ 受付日付印 \