

受療証交付伺	伺年月日	平成 年 月 日	決 裁					
	決裁年月日	平成 年 月 日	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係
	標準報酬月額	千円						

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	記号・番号	—
	認定対象者 氏 名		認定対象者 生年月日	昭・平 年 月 日
	認定対象者 住 所	〒 —		
	疾 病 名	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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 係るものに限る。)		

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
	㊟

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日
住 所
被保険者の
氏 名

㊟

出版健康保険組合理事長殿

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

記号・番号を記載した場合は個人番号の記載は不要です。

※個人番号を記載される場合には、①個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し）②身元確認（運転免許証又はパスポート等）の添付書類が必要となります。また、個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」等の添付が必要となります。