

健康保険 特定疾病療養受給証交付申請書兼 特定疾病療養開始（停止）届

届出 令和 年 月 日					
被 保 険 者	被 保 険 者 証		氏 名		所 属 事 業 所
	記 号	番 号			
險 者			生 年 月 日	昭 平	年 月 日

認 定 者	氏 名	続 柄	生 年 月 日	性 別	届 出 理 由 <small>(該当箇所に「○」印をしてください)</small>	住 所 <small>(被保険者の住所と異なる場合に記入してください)</small>
	フリガナ		昭 平 令	年 月 日	男 女	〒 - Tel () -
					(1) 血友病 (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省の定める者に係るものに限る	

被保険者 確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
---------------------	--------------------------	--

医師の 意 見	上記のと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 所 在 地 医療機関名称 医 師 名 電 話 番 号 () -	更正医療券 による証明 (医師の意見不要)	添付書類 ○特定疾病にかかわる更正医療券（写） ○更正医療券の名称 { }
------------	--	-----------------------------	--

健 保 組 合	伺			決 定 年 月 日	入 力	受 療 証
	常務理事	事務長	担当	年 月 日		

(注意事項) 受 付 印

本申請は、直接健康保険組合に提出してください。