

資格確認	同年月日	令和	年	月	日
	資格	取得	年	月	日
		喪失	年	月	日
	標準報酬月額	千円	自己負担 限度額	円	

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	被保険者の記号	番号	氏名	昭和・平成 年 月 日生
	認定対象者氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	対象者の住所	〒		被保険者との続柄
	傷病名	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. 人工透析治療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。)		

医師の証明欄	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			
	医療機関の名称			
医師名				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所

被保険者の

氏名

静岡県自動車整備健康保険組合 殿