

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

常務理事	健保担当	健保担当	地区理事	地区担当

健康保険 特定疾病療養受領証 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・令 年 月 日	被保険者証 の記号番号	記号 番号 —		
	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日	昭 平 令	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(先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害) 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 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)				

医 師 の 意 見 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				
	医療機関の名称 _____				
	医療機関の所在地 _____				
医 師 名 _____					

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

被保険者 住 所 _____

被保険者 氏 名 _____

健康保険組合理事長 殿

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日

常務理事	健保担当	健保担当	地区理事	地区担当

健 康 保 険
 特定疾病療養受領証
 【再交付申請書】

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者証 の記号番号	記号 番号 —		
	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日	昭 平 令 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. 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)				
	再交付を申請する理由	1. 破損・毀損等 証が使えなくなった。 2. 汚損等 3. 紛失・盗難等 (下欄に状況をご記入下さい。) <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>				

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

被保険者 住 所 _____

被保険者 氏 名 _____

健康保険組合 理事長 殿