

受付印
-----

交付日	令和	年	月	日
認定日	令和	年	月	日

常務理事	事務長	給付M	担当者

(健康保険組合使用欄)

## 特定疾病療養受療証交付申請書

ヤマトグループ健康保険組合 理事長 殿

(該当する□に✓を入れる)

下記のとおり特定疾病療養受療証の交付を申請します。

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者証 の記号番号	記号	番号	被保険者 の氏名						
	認定対象者 の氏名			認定対象者 の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	被保険者 との続柄	
	疾病名	<input type="checkbox"/> 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 2 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 <input type="checkbox"/> 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。)								
	受療証の 送付先	住所	〒		—	都 道 府 県	受取人 氏名	電話番号 (日中の連絡先)	( )	

※ 発効期日は当健康保険組合が申請書を受理した月の初日(健康保険加入月の場合は資格取得日)となります。

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。(所在地及び名称は手書き不可です。必ずゴム印等を押印願います。)											
	(医療機関)	記入日: 令和								年	月	日
	所 在 地											
	名 称											
	電 話 番 号											
医師の氏名												