

|     |
|-----|
| 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<br>保<br>険<br>者<br>の<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者証<br>の記号番号 | 記号   | 番号            | 被保険者<br>の氏名    |   |                  |              |
|                                      | 認定対象者<br>の氏名   |  |               | 認定対象者<br>の生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日            | 被保険者<br>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<br><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<br>又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害<br><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<br>(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<br>送付先    | 住所   | 〒 ー 都道<br>府 県 |                | 受取人<br>氏名   | 電話番号<br>(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<br>師<br>の<br>意<br>見<br>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                      |   |               |  |  |  |  |  |