

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

受付年月日	年 月 日	常務理事	事務長	担当者
決裁年月日	年 月 日			
組合決定欄	標準報酬月額	(健保担当者が記入します)		
		千円	自己負担限度額 1万円	2万円

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名			被保険者証の記号・番号		
	及び生年月日	年 月 日	生	記号	番号	
	交付申請 対象者の氏名			申請対象者の生年月日	被保険者との続柄	
	被保険者の 住 所	〒 ー				
	疾 病 名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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 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))				
他制度から助成を 受けているかどうか	1. 受けている 2. 受けていない					

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。 年 月 日 医療機関 名 称 所在地 医師名 ㊟
------------	---

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

北海道電力健康保険組合理事長 殿