

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 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名	北電 太郎		被保険者証の記号・番号	
	及び生年月日	昭和40年 5月 5日生		記号 1000	番号 1999999
	交付申請 対象者の氏名	北電 花子		申請対象者の生年月日	被保険者との続柄
				昭和45年 3月 3日	妻
	被保険者の 住 所	〒〇〇〇-×××× 札幌市中央区南〇〇条西〇丁目△-△			
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。	
	令和3年 3月 28日	
	医療機関 名称	△△病院
	所在地	札幌市中央区南〇条西〇丁目×-×
	医師名	山田 次郎

上記のとおり申請します。

令和3年 4月 1日

住所 札幌市中央区南〇条西〇丁目△-△
被保険者 氏名 北電 太郎

氏名欄は自署願います

北海道電力健康保険組合理事長 殿