

常務理事	常務代理	事務長	事務	事務	係

## 健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

アンリツ健康保険組合 御中

令和 年 月 日提出

被保険者	被保険者証 記号・番号	1	3		-							性別	男・女
	氏名							生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	住所								所属				
	備考欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)											
認定対象者	氏名							生年月日	昭・ 平・令	年	月	日	
	住所								続柄		性別	男・女	

医師の意見欄	人工透析治療開始日	令和	年	月	日	
	疾病名	1. 血友病（先天性血液凝固第Ⅷまたは第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. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（厚生労働大臣が定める者）				
	疾病の状況および意見					
		上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> <div style="text-align: center;">所在地</div> <div style="text-align: center;">医療機関</div> <div style="text-align: center;">名称</div> <div style="text-align: center;">医師の氏名</div> <div style="text-align: right;">⑧</div>				

健保記入欄	資格取得日	年	月	日	扶養認定日	年	月	日	長期高額登録：	/	
	資格喪失日	年	月	日	備考						
	区分	変更日	年	月	日	変更事由	標準報酬月額	自己負担限度額	発効	交付	回収
	新規	年	月	日			年 月 千円	2万円 1万円			
	変更	年	月	日			年 月 千円	2万円 1万円			
変更	年	月	日			年 月 千円	2万円 1万円				