

常務理事	部(次)長	課長	課長代理	係長	係	標準報酬月額	
						(千円)	
						自己負担額	1万円 2万円
起案 令和 年 月 日							

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

記入例

被 保 険 者 情 報	記号・番号	153・1			事 業 所	名称	大阪薬業株式会社	
	記号番号がわからない場合は マイナンバーを記入してください							
	氏名	薬業 一郎 昭・平 ○○年 1月 1日生				所在地	大阪府大阪市中央区○○町 1-1-1	
	住所	〒500-0000 大阪府大阪市中央区○○町 2-2-2				TEL	06 (○○○○) 5678	
認定対象者の氏名	薬業 一郎 昭・平・令 ○○年 1月 1日生			被保険者との続柄	本人			
疾病名	1. <input type="checkbox"/> 血友病 2. <input checked="" type="checkbox"/> 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群							

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○○年○○月○○日
	医療機関の所在地	大阪府大阪市中央区○○町 2-3-4	
	医療機関の名称	健康保険組合病院	
	医師の氏名	健保 太郎	
電話番号	06 (○○○○) 5678		

上記のとおり申請いたします。

令和○○年○○月○○日

被保険者の住所 〒500-0000
大阪府大阪市中央区○○町 2-2-2

被保険者の氏名 薬業 一郎

電話番号 06 (○○○○) 1234

(日中の連絡先)

大阪薬業健康保険組合理事長 様