

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

被 保 険 者 情 報	記号・番号	・			事 業 所	名称	
	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	昭・平 年 月 日生			所在地		
	住所	〒 -					TEL ( )
認定対象者の氏名	昭・平・令 年 月 日生			被保険者との続柄			
疾 病 名	1. <input type="checkbox"/> 血友病 2. <input 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					
	医療機関の名称					
	医師の氏名					
電話番号 ( )						

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 〒 -

被保険者の氏名

電話番号 ( )

(日中の連絡先)

大阪薬業健康保険組合理事長 様