

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

日本アイ・ビー・エム健康保険組合理事長殿

下記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

※受療証の発効年月日(効力の発生)は、申請のあった日の属する月の初日となりますのでご注意ください。

被保険者 (申請者) 情報	被保険者証	記号	番号	申請日	年	月	日	
	氏名・印			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	住所	(〒 -)						
	電話番号	TEL ()						
備考欄								

認定対象者欄	療養を受ける方	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	住所	(〒 -)				
	電話番号	TEL ()				
疾病名	<input type="checkbox"/> 1. 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Ⅸ因子障害 <input type="checkbox"/> 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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。)					

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		()				

組合記載欄

標準報酬月額					千円
月額適用年月	令和	年	月		
自己負担限度額	<input type="checkbox"/> 10,000円	<input type="checkbox"/> 20,000円			
発効期日	令和	年	月	日	
交付日	令和	年	月	日	

常務理事	事務長	G L	担当

受付日付印