

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	令和 × × 年 × × 月 × × 日
	氏名・印	× ×	× × ×	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 × × 年 × × 月 × × 日 <input type="checkbox"/> 平成 × × 年 × × 月 × × 日
	住所 電話番号	(〒 × × × × - × × × × × ×) 東京都 × × 区 × × 町 × × - × × - × × 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 checked="" type="checkbox"/> 平成 × × 年 × × 月 × × 日 <input type="checkbox"/> 令和
	住所 電話番号	(〒 × × × × - × × × × × ×) 東京都 × × 区 × × 町 × × - × × - × × 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 checked="" 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	医師にご記入、ご捺印いただいています
	医師の氏名	印
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