

同年月日		令和 年 月 日									
受療証交付決議書	発効期日	令和 年 月 日		常務理事	事務局長	部長	課長	扱者	資格確認	取得	年 月 日
		から有効								喪失	年 月 日
	証番号	第	号								
				標準報酬月額		月額適用(異動)年		自己負担限度額			
				千円		令和 年 月		1. 10,000円 2. 20,000円			

## 健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号	ふりがな						印
		番号	被保険者の氏名と押印						
			生年月日	昭・平・令	年	月	日		
	被保険者の現住所	〒		TEL		( )			
	事業所の名称			TEL		( )			
	認定対象者	氏名		男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
住所		〒		TEL		( )			
疾病名		1. 血友病 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							

医療の意見書	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。								
	なお、診療開始日は								
	1. 血友病 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					令和 年 月 日			
	令和 年 月 日								
	住所(所在地)								
医師 医療機関名									
氏名									
印									
TEL ( )									

(備考)
------

受付日付印