

健康 保険 処理 欄	資格取得年月日		認定年月日		常務理事	事務長	GL	係
	年 月 日		年 月 日					
	標準報酬月額	千円	所得区分					

健康保険 特定疾病療養受給者証 交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	事業所名		被保険者証 記号・番号			被保険者氏名		
			—					
	認定対象者の 氏名		生年月日	昭・平	年	月	日	被保険者 との続柄
	認定対象者の 住所	郵便番号	都 道	区 市	区 町			
		—	府 県	郡	村			
疾病名	1. 血友病（先天性血液凝固第Ⅷ または 第Ⅸ因子障害） 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（厚生労働大臣が定める者）							

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 名						

※すでに特定疾病の受給者証をお持ちの方は、受給者証のコピーを添付してください。
コピーを添付いただいた場合、「医師の意見欄」の証明は必要ありません。

上記のとおり申請します。	
令和 年 月 日	
住所 (被保険者) 氏名	
トヨタ関連部品健康保険組合 殿	