

健保 使用欄	受付日	年 月 日	標準月額	千円
	交付日	年 月 日	月額改定	年 月
	発効日	年 月 日	所得区分	高・一般 低・その他

常務理事	事務長		係

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

日本ペイント健康保険組合 理事長殿

下記の通り、特定疾病療養受療証の交付を申請いたします。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号－番号	—	申請日 (和暦)	年 月 日
	被保険者 氏名	(ふりがな) 印		
	被保険者 住所	〒 — 都道 府県		

交 付 申 請 対 象 者	対象者はどなたですか？ (いずれか選択)	被保険者 本人	被扶養者 家族
	認定対象者 氏名	(ふりがな)	被保険者との 続柄
	認定対象者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日	認定対象者の 性別
	認定対象者 住所	〒 — 都道 府県	
	疾病名 (いずれか選択)	1. 人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全 2. 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 先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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) 4. その他()	

医 師 の 意 見 欄	上記の通り、診療を受けていることに相違ありません。
	(和暦) 年 月 日 〒 —
	医療機関の所在地
	医療機関の名称
	医師名