

特定疾病療養受療証交付申請書

記入日 年 月 日

常務理事	事務長	係		

事業所欄 にはお持ちの保険証カードに記載されている事業所所在地・事業所名称（勤務部署ではありません）をご記入下さい。

被保険者 No.	記号 番号	事業所 所在地 名称
被保険者の所属部署	名称	電話
被保険者 （申請者）		男・女
生年月日	年	月 日
認定対象者の氏名		続柄
生年月日	年	月 日
認定対象者の住所		電話
疾病名	1.人工透析をしている慢性腎不全 2.血友病 3.抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	

医療機関等記入欄

うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。

年 月 日

(医療機関等)の住所 〒

名 称

医師名

印

【留意事項】

- 1.この受療証の資格取得は原則として申請手続きをした月の1日から有効
- 2.健康保険証が変わると特定疾病療養受療証も、新たに変わった健康保険窓口で手続きが必要。保険証カードとセット。
- 3.生活保護等、本人負担がゼロの者を除く全ての保険本人、家族が利用できる。
- 4.身体障害者手帳の有無に関係なく、透析を行っている事実があればこの制度の対象者となる。