

受付	年 月 日
決定	年 月 日

医療審査課				業務課		
課長	係長	係員	係員			

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欄	事業所名		被保険者証の 記号 - 番号	—		
	被保険者氏名		生年月日	昭・平	年 月 日	
	認定者の氏名		生年月日	昭・平	年 月 日	
	認定対象者の 住所	〒				被保険者との 続柄
	疾病名	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第Ⅸ因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (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	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。					
	医療機関の名称					
	所在地	〒	TEL	-	-	
	医師名	印				
		診断年月日	年 月 日			

上記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者の住所 〒

氏 名 印

日本自動車部品工業健康保険組合理事長 殿

※欄は記入しないでください。

受付日付印

※ 確認事項	※ 標準報酬月額	※ 自己負担額
	千 円	万 円