

常務理事	事務長	担当

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者等 記号番号	記号	コーポレートID 番号	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	番号						
被保険者の欄	被保険者氏名	フリガナ (自 署)					
	被保険者住所	〒 電話 ()					
	事業所名						
	部署名	電話 ()					
	適用対象者氏名	フリガナ	被保険者との続柄	適用対象者生年月日	昭和 平成 令和	年	月
適用認定対象者の欄	適用対象者住所	〒 電話 () (※被保険者住所と同じであれば「同上」とご記入ください)					
	疾病名(該当に○)	1 人工腎臓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因子障害また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。)					
	送付希望先	<input type="checkbox"/> 被保険者住所 <input type="checkbox"/> 適用対象者住所 <input type="checkbox"/> その他〔実家・病院〕※宛名(様方・気付)、部屋番号等が必要な場合はもれなくご記入ください。 〒					
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			
	医療機関所在地						
	医療機関名称						
	医 師 名						
電 話							

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請いたします。

令和 年 月 日提出

【提出先】

〒105-0023 東京都港区芝浦1-1-1 BLUE FRONT SHIBAURA TOWER S 17階 シミックグループ健康保険組合 宛

受付日付印