

別紙のとおり、受療証を交付いたします。

伺 日：令和 年 月 日  
決 裁：令和 年 月 日  
送 付：令和 年 月 日

常務理事	事務長	部 長	副部長・次長	担当者

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	被保険者氏名 生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者証 記号－番号	—
	受診者氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄	
	受 診 者 の 住 所	〒 —		
	疾 病 名 (番号に○)	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因子障害等 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 (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)		
	受療証の 希望送付先 (番号に○)	1. 上記受診者宛て 2. 下記被保険者宛て 3. 事業所経由被保険者宛て 4. その他〔下欄へ記入〕 〒 — (住所) (宛名)		

医 師 の 意 見 欄	[上記疾病名が2の場合のみご記入願います。 継続性を要する人工透析開始日： 年 月 日] 上記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 医療機関の所在地 名 称 医 師 名 電話番号 ( )
----------------------------	--

上記のとおり申請します。 年 月 日

全国労働金庫健康保険組合 御中

〒 —

被保険者の住 所

氏 名

電話番号

( )

※ 疾病名2に係る更生医療券をお持ちの方は、その写しの添付があれば医師の意見欄の証明は要しません。

※ 疾病名3に係る申請の場合は、裁判所より交付された裁判和解調書又は医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構により交付された通知書の写しを添付してください。医師の意見欄の証明は要しません。

(提出先) 〒101-0052 東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階

全国労働金庫健康保険組合 業務部 TEL 03(5217)3162