

交付伺い	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	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	被保険者氏名及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者証の記号及び番号	-	
	認定対象者の氏名	認定対象者の生年月日	昭平令 年 月 日	被保険者との続柄	
	認定対象者の住所				
	疾病名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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			

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。 年 月 日 名称 医療機関の所在地 医師名
--------	---

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所
被保険者
氏名

静岡県信用金庫健康保険組合理事長 殿

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

〔備考〕