

健保組合 使用欄	受付日	年 月 日		
	常務理事	事務長	担当	担当

豊田通商健康保険組合 宛

特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 欄	保険証		フリガナ	申請日	年 月 日		
	記号	番号	被保険者 氏名	電話番号	生年月日		
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日		
	住所	〒					

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方	フリガナ	生年月日		
		氏名	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 令和		
疾病名	<input type="checkbox"/>	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Ⅸ因子障害			
[1から3の疾病に該当する 番号をご記入ください]		2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全			
		3. 抗リト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ものに係るものに限る。）			

医 師 の 意 見 欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。				
	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				
	医療機関の所在地				
	医療機関の名称				
	医師の氏名	印			
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します。 令和 年 月 日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄
印