

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 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号					
	被 保 険 者	氏名				
		生年月日	昭和 平成	年	月	日生
	認 定 対 象 者	氏名				被保険者との続柄
		生年月日	昭和 平成	年	月	日生
	認定対象者の住所		〒 日中連絡が取れる電話番号 () -			
疾病名 (番号に○をする)		1.人工腎臓（人工透析）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因子障害又は 先天性血液凝固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。）				
医 師 の 意 見 欄	上のおり診療を受けていることに相違ありません。					
	平成 年 月 日					
	医療機関の名称 所在地					
	医師名 ㊟ 電話 ()					
上記のとおり健康保険特定疾病療養受領証の申請いたします。					【 受付年月日 】 健保使用欄	
平成 年 月 日						
被保険者住所						
氏名 ㊟						
リクルート健康保険組合 理事長 殿						

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い目的外には使用いたしません。