

交付日	令和 年 月 日
発効期日	令和 年 月 日
自己負担限度額	10,000円・20,000円

※ 健保使用欄

健康保険特定疾病療養受領証交付申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記 号	番 号	生 年 月 日
	氏名・印	(フリガナ)		昭和・平成 年 月 日
	住所	〒 - 都道府県		
	電話番号	TEL ()		

認 定 対 象 者	療養を受ける方	(フリガナ)	生 年 月 日
	疾病名 該当疾病に○印をつけてください。	昭和・平成・令和 年 月 日	
		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 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 抗ウィ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)	

希 望 送 付 先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。	
	住所	〒 - 都道府県
	電話番号	TEL ()
	宛名	

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
	医療機関の所在地	
	医療機関の名称	
	担当医師名	
	電話番号	()

上記のとおり健康保険特定疾病療養受領証の交付を申請します。 令和 年 月 日

【申請方法】
健康保険組合まで送付して下さい。
〒542-0072
大阪府大阪市中央区高津3丁目15番2号
U-NEXT HOLDINGS健康保険組合

日付受付印
