

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ところ	被保険者証	記号	番号	フリガナ 被保険者氏名	印				
	被保険者の 生年月日	昭和	平成	年	月	日	被保険者との 続柄		
	認定対象者の 氏名			認定対象者の 生年月日	昭和	平成	年	月	日
	認定対象者の 住所・電話番号	〒 ()							
	疾病名 (該当する項目の数字に○ 印を付けてください。)	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	上記のと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	名称		
	医療機関の				所在地		
	医師名				印		

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

被保険者 住所

氏名

印

アイフル健康保険組合 理事長 殿

(記入上の注意事項)

・印は、はっきり押してください。なお、記入事項を訂正した時は氏名の末尾に押した印を訂正印としてください。

※認定日(証発行日)は、該当月1日となります。

◆お問合せ先:アイフル健康保険組合 〒600-8420 京都府京都市下京区高砂町381-1 TEL075-353-0211

【アイフル健康保険組合処理欄】

理事長	常務理事	事務長	係		
処 理 結 果					
発行年月日			年 月 日		
標準報酬月額			千円		
所得区分					

受付日付印