

別紙のとおり、受療証を交付いたします。

決 裁：平成 年 月 日
 交 付：平成 年 月 日

常務理事	事務長	業務部長	業務課 (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	被保険者氏名 生年月日	旅行 育三 大・昭・平 30年 10月 10日	被保険者証 記号一番号	239 - 1234
	受診者氏名 生年月日	旅行 育三 大・昭・平 30年 10月 10日	被保険者 との続柄	本人
	受診者の 住 所	〒 105 - 0012 東京都港区芝大門 - - JDBビル 7階		
	疾 病 名	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因子障害等 ② 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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わるものに限る)		
	受療証の 送 付 先	1. 事業所経由 2. 被保険者住所 ③ 受診者住所 4. その他 (下記) 〒 -		

医 師 の 意 見 欄	〔上記疾病名が2の場合のみご記入願います。 継続性を要する人工透析開始日 : 年 月 日〕			
	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			
	医療機関の名称			
	所在地			
	TEL ()			
医師名 (印)				

上記のとおり申請します。平成 年 月 日

旅行業健康保険組合 御中

〒 **105 - 0012**
 被保険者 住 所 **東京都港区芝大門 - - JDBビル7階**
 TEL **03 (3)**
 氏 名 **旅行 育三** (印)

※疾病名2に係る更生医療券をお持ちの方は、その写しの添付があれば医師の意見欄の証明は要しません。
 ※疾病名3に係る申請は、裁判所より交付された裁判和解調書又は医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構により交付された通知書の写しを添付してください。医師の意見欄の記載は要しません。