

令和 年 月 日

三菱自動車健康保険組合 御中

(在職中の方は勤務先の健保担当窓口経由でご提出ください)

受付日付印

特定疾病療養受療証交付申請書

申請区分※		<input type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 継続	事業主確認印
【※申請区分について】初めて申請する場合は 新規、他保険者等で交付を受けていた場合は 継続 に☑する ※ 紛失などによる再発行については、本用紙では申請できませんので、ご注意ください。				

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者	保険証記号	氏 名	昭和・平成・令和 年 月 日		
		保険証番号				
	認定対象者	氏 名	昭和 平成 令和 年 月 日			
		生年月日	被 保 険 者 柄 との 続 柄			
住 所	〒 -					
傷 病 名 (該当となるものに☑をつける)	<input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 人工透析を行う必要のある慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症					

医 師 の 意 見 欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。				
	令和 年 月 日				
	保険医療機関	名 称	所在地	保険医氏名	印

健 保 記 入 欄	承認NO		常務理事	事務長	主任	担当
	有効開始日	令和 年 月 日				
	交付年月日	令和 年 月 日				