

提出先	健保組合
-----	------

		受付担当

(健保組合使用欄)

支給額		円
内訳	被保険者	円
	被扶養者	円

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

## 健康保険 特定疾病療養受給証 交付申請書

被保険者等 記号・番号	被保険者氏名
5 9 -	(フリガナ)

療養を受ける方	氏名	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	住所	〒	
疾病名 (当てはまるものの番号を ○で囲んでください)	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因子又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3. 抗ウイルス製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）		

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは疾病にかかったことを証明する書類（診断書等）を添付ください。

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

医師の氏名

電話番号

上記のとおり健康保険特定疾病療養受給証の交付を申請します。

令和 年 月 日

受付日付印