

常務	事務長	次長	主任	係

健康保険 特定疾病療養受領証交付申請書

日本レストランエンタプライズ健康保険組合 御中

申請者記載欄	被保険者証		被保険者氏名				
	記号	番号					
			生年月日	S・H	年	月	日
	療養対象者	フリガナ			被保険者との続柄		
		氏名					
		生年月日	S・H・R	年	月	日	
	〔疾病名〕						
〔備考〕							
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 〒 _____ 住 所 _____ 被保険者 氏 名 _____ 印 電 話 番 号 _____							

医師の意見書	特定疾病名 (該当病名に○印をつけてください)	1. 先天性血液凝固第Ⅷ因子障害若しくは第Ⅸ因子障害 2. 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全 3. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症 (厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)
	上記のとおり、S・H・R 年 月 日から治療していることに相違ありません。 令和 年 月 日 〒 _____ 所在地 _____ 医療機関の 名 称 _____ 担当医師名 _____ 印 電 話 番 号 _____	

組合記載欄	標準報酬月額	月額適用(異動)年月	自己負担限度額	発効期日	交付日
	千円	H・R 年 月	1. 10,000円 2. 20,000円	令和 年 月 日	令和 年 月 日