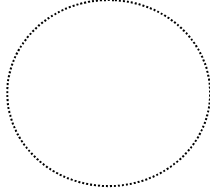


健保受付印



常務理事	事務長	係	標準報酬月額	自己負担額
			千円	<input type="checkbox"/> 10,000円 <input type="checkbox"/> 20,000円

健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

被保険者証 記号・番号	(記号) (番号)			
事業所名			所属	
被保険者	氏名	(フリガナ)		
認定対象者	氏名	(フリガナ)		被保険者との 続柄
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	
疾病名 (□に✓)	<input type="checkbox"/> 人工透析を受けている慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染者を含む）			

医師の 意見欄	下欄に医師の証明を受けるか、疾病を証明する書類（診断書等）を添付してください。			
	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 医療機関の名称 医療機関の所在地 医師の氏名			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

【被保険者】

住所

氏名

京阪グループ健康保険組合理事長 殿

※本申請書は、健康保険特定疾病療養受療証交付以外の目的には使用いたしません。

※本申請書は、各事業所での記載内容確認は不要です。

※組合に書類をお送りいただく際、社内連絡便をご利用の場合は本書を封筒に入れ、職場庶務ご担当者にお渡しください。

また直接健康保険組合にお送りいただいても結構です。