

北陸電力健康保険組合
常務理事殿

承認	常務理事	事務長	担当・入力
承認日	令和	年	月 日
受付日	令和	年	月 日

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者氏名	
--------	--

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者証	記号				番号				
会社名					所属名				

認定対象者

認定をうける者の氏名		生年月日	昭 平 令	年	月	日	被保者の続柄	
疾病名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第ⅤⅢ因子障害または第ⅠⅩ因子障害 <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感染含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)							

療養を担当している医師の意見

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	
住所	
職名または住所氏名	
氏名	認印