

常務理事	事務長		担 当

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者氏名 及び生年月日	フリガナ	被保険者証 の記号番号	
		昭和・平成 年 月 日		社員・職員 コード
	認定対象者の 氏 名	フリガナ	被 保 険 者 と の 続 柄	
		昭和・平成・令和 年 月 日		
認定対象者の 住 所	〒 (電話) ()			
疾 病 名	1. 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因子障害 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に 係るものに限る。）			

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	医療機関の 名称 所在地	
	医師名		㊞

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

住 所

被保険者

氏 名

㊞