

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

申請日：令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者証 の 記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名	
	被保険者の 氏名と印	印			生年月日	1.昭和 2.平成 年 月 日 生まれ 3.令和
	被保険者の 住所・電話				〒	日中連絡が取れる電話番号 TEL ()

申 請 内 容	認定対象者 の氏名	生年月日	1.昭和 2.平成 年 月 日 生まれ 3.令和	
	認定対象者の 住所・電話	〒	TEL ()	被保険者と の続柄
	疾病名 (番号に○をしてください)	1 人口腎臓(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 因子障害 因子障害 又は先天性血液凝固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わるものに限る)		

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	
	医療機関所在地	
	医師の氏名	
	TEL ()	

※本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

受付日付