

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	被保険者証等の 記号・番号		被保険者氏名 及び生年月日	(フリガナ)		
				昭和・平成	年	月 日
	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. 人工腎臓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。					
	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。

年 月 日

住 所

被保険者

氏 名

日中連絡の取れる連絡先 ()