

常務理事	事務長	係長	担 当 者

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 と こ ろ	被保険者氏名 及び生年月日	年 月 日	被保険者証 の記号番号	—
	住所/連絡先	〒 連絡先 TEL - -		
	認定対象者の 氏名及び 及び生年月日	年 月 日	続柄	
	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)		
希 望 送 付 先	1. 被保険者あて 2. 事業所あて 3. 上記住所とは別に送付			
	※上記住所とは別のところに送付を希望する場合に記入。 〒 - 宛先名 連絡先 TEL - -			
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			
	医療機関名称			
	医療機関所在地			
	電話番号 — —			
	医師の氏名			

上記の通り特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日

受 付 印