

# 健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

※ 資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	報酬月額	年	月	千円	
※ 扶養認定年月日	昭・平・令	年	月	日	報酬月額	年	月	千円	
※ 交付年月日	令和	年	月	日	所得区分				

被 保 険 者 欄	被保険者証記号番号		—		
	被保険者の氏名				
	被保険者の生年月日				
	被保険者の住所		〒	—	電話 ( )
	上記の住所以外へ送付希望の場合	住所	〒	—	電話 ( )
		宛名			

該当する□にチェックをつけて、以下必要な項目を記入してください。

認 定 対 象 者	療養する方	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 → 下記の「疾病名」欄のみご記入ください <input type="checkbox"/> 被扶養者家族 → 下記の欄すべてをご記入ください			
	療養する方の氏名		被保険者との続柄		
	療養する方の生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	療養する方の住所	〒	—	電話 ( )	
	疾病名 <small>(1～3の疾病名に該当する数字に○をつけてください。)</small>	1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)			

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付してください。

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">           受付日付印         </div>
	令和 年 月 日		
	医療機関の所在地		
	医療機関の名称		
	医師の氏名		
電話 ( )			