

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

健康保険 特定疾病療養受領証 交付申請書

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者 記号・番号	記号	番号		
	被保険者	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日
	認定対象者	氏名	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
		性別	☐ 男 ☐ 女	被保険者との続柄	
		住所	〒 -		
疾病名	☐ 1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又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 住 所			
	医 療 機 関 名 称			
	医 師 名			
電 話 番 号 ()				

上記の通り、申請します。

年 月 日
住 所
被保険者 氏 名
電話番号

受付日付印