

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

常務理事	事務長	事務次長	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欄	被保険者氏名及び生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者証の記号及び番号	記号	番号			
	認定対象者の氏名					認定対象者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者との続柄
	認定対象者の住所	〒 -									
	疾病名	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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	うえのとお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										
	所在地										
医師名											

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 -  
住 所  
被保険者  
氏 名  
連絡先電話番号 - -