

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	
	認定対象者の 氏 名					認定対象者 の生年月日	番 号	
	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 ⑩							

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 -
住 所
被保険者
氏 名 ⑩
連絡先電話番号 - -