

常務理事	事務長	部長	次長	補佐	係長	主任	担当

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	被保険者証 の記号番号	—	氏 名	㊞	
		生年月日	昭和 平成	年 月 日	性 別	男 ・ 女
	認 定 対 象 者	氏 名		被 保 険 者 と の 続 柄		
		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性 別	男 ・ 女
	被保険者（認定対象者）の 現住所と、日中ご連絡可能 な電話番号		〒 — 電話 ()			
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;"> 疾 病 名 1～3のうち該当 する数字に○印を つけてください </div>		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（血友病） 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 （H I V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				
電話 ()					
医師名 ㊞					

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。 令和 年 月 日提出

┌───────────┐
受 付 日 付 印

(月額 千円)