

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	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 ()	
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。				
	平成 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。 平成 年 月 日提出

┌───────────┐
受付日付印

(月額 千円)