

常務理事	事務長	部長	次長	課長	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 ()			
(疾 病 名) 1～3のうち該当 する数字に○印を つけてください	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。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">令和 年 月 日</div> 医療機関の 名称 所在地 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">電話 ()</div> 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)