

常務理事	事務長		担当

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)		
	氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月 日
	申請者住所 電話番号 等 (日中の連絡先)	〒			電話	()	
	メールアドレス						

認定対象者欄	療養を受ける方	フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日
	住所	〒				
	電話番号 (日中の連絡先)	電話	()	続柄		
	疾病名 (該当に○)	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 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 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	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					
	所在地					
	医療機関					
	名 称					
	医 師 名					
電 話						

令和 年 月 日 被保険者氏名

健康保険組合 理事長 殿

受付日付印