

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 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	社員番号		
	被保険者の氏名	(フリガナ)			生年月日	昭和・平成 年 月 日
	認定対象者の 氏 名	(フリガナ)			被 保 険 者 と の 続 柄	
		昭和・平成・令和 年 月 日生				
認定対象者の 住 所	〒 - (電話) ( )					
疾 病 名	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 又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	上記の通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					

(注) ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

住 所

被保険者

氏 名

㊞

自署の場合は押印省略可