

常務理事	事務長	担当者

健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

被保険者記入欄	被保険者の氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日		被保険者等 記号及び番号		
	認定対象者の氏名		認定対象者の 生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄	
	認定対象者の 住 所	〒 -				
	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因子障害等 3. 抗ウィル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。					
	年 月 日					
	医療機関の 名 称					
	所在地 〒 -					
医 師 名						

上記のとおり申請します。

年 月 日

健康保険組合理事長 殿

住 所 〒 -
被保険者
氏 名