

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

被保険者が記入する欄	被保険者氏名及び生年月日	昭・平 年 月 日		被保険者証記号・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	うえ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					
	名称 医療機関の 所在地					
	医師名 ㊟					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所
被保険者
氏名 ㊟

- ※ ・被保険者証の記号・番号が変わった場合、再度申請してください。(医師の証明は不要です)
 ・所得区分が変わった場合(健保組合よりお知らせします)、再度申請してください。(医師の証明は不要です)