

常務	事務長		担当

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

下記の通り申請致します。

申請日： 令和 年 月 日

※個人番号を利用するの申請には、個人番号および本人確認のための添付書類が必要です。

被保険者が記入する欄	被保険者の情報	フリガナ			健康保険証の記号・番号 (または個人番号)	
		氏名				
		生年月日	昭和・平成 年 月 日	所属部署		
		住所連絡先	〒 ()			
			☎ ()			
	認定対象者の情報	フリガナ			被保険者との続柄	
		氏名				
		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
		住所連絡先	〒 ()			
			☎ ()			
傷病名 (該当する番号に○)	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 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
	医療機関名称：
	医療機関所在地：
医師名：	

受付日付印