

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

※個人番号を利用する申請には、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	被保険者氏名 及び生年月日	フリガナ 昭和・平成 年 月 日	被保険者証 の記号番号 または個人番号	
	認定対象者の 氏名	フリガナ 昭和・平成 年 月 日	被保険者 との続柄	
	認定対象者の 住所	〒 電話番号 ()		
	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。		
	平成 年 月 日		
	医療機関の	名 称	所在地 〒
	医 師 名	Ⓜ	

上記の通り申請いたします。	平成 年 月 日
住所 〒	
被保険者	
氏 名	Ⓜ

受付日付印