

記入例

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 ケンボ タロウ 健保 太郎 昭和 平成 00年 7月 26日	被保険者証の記号番号 または個人番号	1-123△△
	認定対象者の氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎 昭和 平成 00年 7月 26日	被保険者続柄	本人
	認定対象者の住所	〒 123-0000 〇〇県〇〇市1-2-3 〇〇マンション105号室 電話番号 00 (1234) 5678		
	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 ※こちらに医師の意見が必要です。 医療機関の名称 所在地 〒 医師名 印

上記の通り申請いたします。	平成 28年 4月 〇日
住所	〒 123-0000 〇〇県〇〇市1-2-3 〇〇マンション105号室
被保険者氏名	健

受付日付印