

| | | | |
|------|-----|--|-----|
| 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

| | | | | | | |
|--|--|----------------|----------------------------|-------------|----------------|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 | 被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号 | | 被 保 険 者 氏 名 及 び 生 年 月 日 | (フリガナ) | | |
| | | | | 昭和・平成 年 月 日 | | |
| | 認 定 対 象 者 の 氏 名 | フリガナ | | | 被 保 険 者 続 柄 | |
| | | | | | | |
| | | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | | | |
| 認 定 対 象 者 の 住 所 | 〒 (電話) () | | | | | |
| 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。 | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | |
| | 医療機関の 名 称 所在地 | | | | | |
| | 医 師 名 ⑩ | | | | | |

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

⑩