

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	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日		被保険者証の 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 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（血友病） ② 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V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