

常務理事	事務長	担当者

健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

※和暦でご記入下さい。

被保険者が記入する欄	被保険者氏名 及び生年月日	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	年 月 日	被保険者 との続柄	
	認定対象者の 住 所					
	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（厚生労働大臣の定める者）				

医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。					
	年 月 日					
	医療機関の所在地					
	名 称					
医師名						
㊟						

上記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者の住所

氏名

㊟

クラレ健康保険組合理事長 殿