

決 裁		
常務理事	事務長	担当者

受 付	令和 年 月 日
決 定	令和 年 月 日

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 記号及び番号	
	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. 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 または先天性血液凝固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	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 <span style="float: right;">㊟</span>

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所  
被保険者  
氏 名 ㊟

大塚製薬健康保険組合理事長 殿