

健保 使用 欄	受付年月日	令和	年	月	日	資格取得日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	担当者
	承認年月日	令和	年	月	日	資格喪失日	令和	年	月	日			
	交付年月日	令和	年	月	日	回収年月日	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（申請者）記入用

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 情 報	記号 一 番号	—		生年月日	昭和 平成	年	月	日	年 齢	歳
	氏名 と 印	(フリガナ)			自署の場合は 押印を省略できます。			事業所/所属先		
	住 所	(〒 —) 都 道 府 県								
	電話番号	【自宅】 ()			【携帯】 ()					
	☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は枠内に✓を入れ、事業所経由で提出してください。）									

認 定 対 象 者	療養を受ける 方 の 氏 名	(フリガナ)	続 柄	生年月日	昭和 平成	年	月	日	年 齢	歳
	疾病名 (1 から 3 の 疾 病 に 該 当 す る 番 号 を 選 ん で く だ さ い 。)	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅶ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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 む 、 厚 生 労 働 大 臣 の 定 め る 者 に 係 る も の に 限 る 。)								

3

医 師 の 意 見 書	下欄に医師の証明を受けてください。									
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。平成 年 月 日									
	医療機関の所在地									
	医療機関の名称									
医師の氏名										
電 話 ()										

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。平成 年 月 日

										受付日付印
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄										印

◎記入箇所を訂正した場合は、訂正した箇所に訂正印を押してください。