

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書	常務理事	事務長	業務課長	業務課長代理	担当者
----------------------------	------	-----	------	--------	-----

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	住所	(〒 -)		年 月 日
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL		

認定対象者欄	受診者氏名	(フリガナ)	生年月日
	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(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。)	
	※該当する番号に○をしてください。		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和

送付希望先	上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。		
	住所	(〒 -)	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	
	宛名		

医師の意見欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付してください。		
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。		
	医療機関の所在地	令和	年 月 日
	医療機関の名称		
	医師の氏名		
	電話番号		

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。

令和 年 月 日

受付日付印