

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

被保険者が記入する欄	被保険者の氏名及び生年月日	昭・平・令 年 月 日		被保険者証（日雇特例被保険者手帳）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因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 3. 抗ウィル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。）			

医師の意見書	うえ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				
	医療機関の名称				
	所在地 〒 -				
医師名					㊟

上記のとおり申請します。
年 月 日

健康保険組合理事長 殿

住所 〒 -
被保険者 氏名

㊟