

決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

◎「※」印欄は記入しないでください。
◎記入の方法は記入例がありますのでご覧ください。

被保険者証の記号	被保険者証の番号		被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄☑必須)		性別			
	※	(左詰め)	(氏)	(名)	男・女			
生年月日			被保険者の住所					
昭和 平成 令和	年	月	日	〒	—			
電話番号			被保険者の勤務する事業所					
			名称					
			所在地					
認定 対象 者	※適用対象者が本人の場合、氏名欄に「本人」と記入。生年月日・続柄・性別・住所は記入不要。							
	氏名		生年月日	続柄	性別			
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日		男・女
	認定対象者の住所							
	疾病名 ※いずれかに○							
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。)								
確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。							
<input type="checkbox"/>	①申請者本人が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。							
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							
	医療機関の	名称						
		所在地						
	医師名							

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 日提出

受付印