

常務理事	事務長	係	

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	年 月 日	被保険者証（健康保険 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	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。			
	年 月 日			
	名称 医療機関の 所在地			
	医師名			印

備考 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。
また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

印

殿