

常務理事	事務長		担当

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	被保険者証 の 記号・番号		社員番号		被保険者(申請者) の氏名・生年月日 (自著)	(フリガナ)
						昭和・平成 年 月 日
	認定対象者 の氏名・生 年月日	フリガナ				被 保 険 者 と の 続 柄
	認定対象者 の住所	〒				(電話) ()
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 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	上記の通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						

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

住 所

被保険者

氏 名

日中連絡の取れる連絡先 ()