

常務理事	事務長	事務長代理	課長	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 に つ い て	保険証 記号		被保険者氏名			
	保険証 番号		および生年月日	年	月	日
	住所/連絡先	〒 _____ 電話番号 _____ (日中の連絡先)				
対 象 者 に つ い て	療養を受ける方の氏名				続柄	
	および生年月日	年	月	日		
	疾病名 (該当する番号を書いてください)		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。)			
希 望 送 付 先	※上記住所とは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	〒 _____				
	宛名					

医 師 の 意 見 欄	上記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					
	医療機関の所在地					
	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。 年 月 日					
被保険者氏名 Ⓜ					

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)									

受 付 印