

常務理事	事務長	担当	係

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

Application Form for Issue of Certificates Issued for Health Insurance Specific Disease Treatment

※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。

*If the Symbol/Number is unknown, please fill in your employee number in the number field.

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 To be Completed by Insured Person	被保険者氏名 及び生年月日 Name and Birth Date of Insured Person	(年 月 日) (YYYY MM DD)	被保険者等 の記号・番号 Symbol/Number of Insured person, etc	記号 Symbol	番号 Number	
	認定対象者の 氏 名 Name of Person Requesting Certification		認定対象者 の生年月日 Birth Date of Person Requesting Certification	年 月 日 YYYY MM DD	被保険者 との続柄 Relation to Insured Person	
	認定対象者の 住 所 Address of Person Requesting Certification	〒 ー TEL ()				
	傷 病 名 Name of Illness or Injury	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 1. Chronic renal insufficiency requiring artificial dialysis 2. 血友病 2. Haemophilia 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、厚生労働大臣が定めているものに限る) 3. AIDS treated with antiviral medication (Limited to cases specified by the Minister of Health, Labour and Welfare, including HIV infection)				

医 師 の 意 見 欄 Doctor's Opinion	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。 I hereby certify that the above person is receiving the indicated medical treatment.
	年 月 日 YYYY MM DD
	医療機関の
	所在地 Location of the medical care facility
	名 称 Name of the medical care facility
	医師名 Name of Doctor
※医療機関名等ゴム印を押印ください。 * Please stamp the name of the medical care institution, etc.	

上記のとおり申請します。 I hereby apply as stated above.

受 付 年 月 日

年 月 日
YYYY MM DD

被保険者の 住所
Insured Person's Address

氏名
Insured Person's Name