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

※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。

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）	被保険者等の記号・番号	記号	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	〒　　－　　TEL　　（　　） ※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。				
	傷　病　名	1. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2. 血友病 3. 抗ウィ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）				

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 所在地 名　称 医師名 ※医療機関名等ゴム印を押印ください。

上記のとおり申請します。
令和　　年　　月　　日

受付年月日

被保険者の　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿