

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

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 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)		

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				

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