

常務理事		担当者	

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者記入欄	記号・番号		被 保 険 者 生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	
	被 保 険 者 氏 名	(フリガナ)	備 考 欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、本備考欄へ記入してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類(マイナンバーカードの写等)が必要です。)				
	被 保 険 者 住 所 電 話 番 号	〒 - TEL						
	事 業 所 名 称		事 業 所 所 在 地	〒 -				
	療 養 を 受 け る 方 の 氏 名		生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	※認定対象者が被保険者の場合は生年月日の記入の必要はありません。
	疾 病 名	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 2.人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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。)						
	* 上記住所と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	〒 - TEL						
	宛 名							

医師の意見欄	下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。						
	上記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						
	医療機関等の所在地						
	医療機関の名称						
医師の氏名 TEL							

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。

令和 年 月 日