

常務理事	検 印	担 当



決定年月日

1

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者(申請者)記入用

記入日 年 月 日

被保険者情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和
	氏名	(フリガナ)		
	住所	(〒 -)		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

認定対象者	療養を受ける方	氏名	生年月日
	氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 令和
疾病名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 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第Ⅸ因子障害(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、厚生労働大臣の定める者に係る者に限る)		

送付希望先	上記被保険者情報に記入した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	(〒 -)	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	

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 医療機関の電話 () 医師の氏名		

健保受付印

* お住まいの市区町村で福祉医療(障害者医療、等)の助成を受けておられる方は、医療証の写しを添付してください。