

交付 No.	
認定日	令和 年 月 日
交付日	令和 年 月 日

[健保]			事務所	
常務理事	事務長	担当	事務所長	担当

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

* 太枠線内を記入してください

提出日	令和 年 月 日	注)氏名自署の場合は印不要		
被保険者証の記号・番号		被氏	フリガナ	
記号		保	(氏)	(名)
号		険		印
者		者		
名		名		
事業所名称		所属・電話		
		(TEL:)		
対象者が被扶養者の場合その氏名		続柄	昭平令	年 月 日 生
対象者の住所				
傷病名	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 または、先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)			
医療機関の窓口で、10,000円/月の自己負担はありますか	あ る な い			

医師 の 意 見 欄	上記の通り、診療を受けていることに相違ありません。
	令和 年 月 日
	所在地
	医療機関の
	名称 医師名 印
	Tel

受付日付印