

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	健康保険の	記号	番号	被保険者氏名及び生年月日	(フリガナ)	
					昭和・平成 年 月 日	
	認定対象者の氏名	フリガナ			被保険者続柄	
		昭和・平成・令和 年 月 日				
	認定対象者の住所	〒 (電話) ()				
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 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。）					

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	
	医療機関の名称	
	所在地	
	医師名	
電話番号		

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

住所
被保険者
(自署)
氏名