

常務理事	事務長	係	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	被保険者等 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	〒 ー				
	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因子障害等 3. 後天性免疫不全症候群				

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 名称 医療機関の 所在地 医師名

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所 〒
被保険者
氏 名

(注意事項)

※ 被保険者等記号・番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、「被保険者等記号・番号」欄へ記載してください。

(2024. 12)