

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 等 記 号 ・ 番 号			所 属 事 業 所			
	被保険者(申請 者)の氏名(自署)			被保険者の 生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成	年	月 日
	被保険者(申請 者)の 住 所	〒 —					
	認定対象者の 氏 名		認定対象者 の生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄		
	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 また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 医療機関所在地 〒 — 医療機関名称 医師の氏名 電話番号					

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 提出

〔添付資料〕

☐ 市町村から医療費の助成を受けているため医療機関での自己負担がない方は助成を受けている
ことが分かるもの（写）を添付してください。

受付日付印

常務理事	担 当 者	担 当 者