

|      |     |  |     |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 |  | 担当者 |
|      |     |  |     |

## 健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

|                                 |                                       |   |     |             |           |  |
|---------------------------------|---------------------------------------|---|-----|-------------|-----------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 被保険者証の                                | 記 号   | 番 号 | 生 年         | 昭・平 年 月 日 |  |
|                                 | 被 保 険 者<br>氏 名                        | フリガナ  |     |             |           |  |
|                                 | 住 所                                   | 〒 ー 都 道 府 県   |     |             |           |  |
|                                 | 認 定 対 象 者<br>氏 名                      | フリガナ  | 生 年 | 昭・平・令 年 月 日 |           |  |
|                                 | 疾 病 名<br><small>(該当する番号を○で囲む)</small> | 1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>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<br>又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害<br>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、<br>厚生労働大臣の定める者に係るものに限る） |     |             |           |  |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 送<br>付<br>希<br>望<br>先 | 上記被保険者記入欄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。<br>〒 ー 都 道 府 県<br>電話 ( ) |
| 宛<br>名                |  |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 医<br>師<br>の<br>意<br>見<br>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。<br>年 月 日<br>名 称<br>医療機関の<br>所在地<br>医師名 印 |
|----------------------------|--|

上記のとおり申請します。

提出年月日 年 月 日

受付日付印