

常務理事	事務長	課長	担当

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 と こ ろ	被保険者証の記号・番号			
	事業所名			
	被保険者氏名	(フリガナ) ㊟		
	被保険者生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	被保険者住所	〒 TEL ()		
	療養を受ける方の氏名	(フリガナ)		
	療養を受ける方の	生年月日	昭和・平成 年 月 日	続柄
	疾 病 名 (1~3の疾病に該当する番号 にまるをつけてください)	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う治療のある慢性腎不全 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わるものに限る)		

医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。	平成 年 月 日
	医療機関の所在地	
	医療機関の名称	
	医師の氏名	㊟
	電 話	()
	透 析 開 始 日	昭和・平成 年 月 日

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。 平成 年 月 日
受 付 日 付 印