

常務理事	事務長	課長	係

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る 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 令和	年	月	日	続 柄
疾 病 名	1、血友病 2、人工透析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関わるものに限る)						
(1~3の疾病に該当する番号に○をつけてください)							

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	令和	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・令和	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。

令和 年 月 日 提出

受付年月日