

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 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	45	—	300			
	事業所名	〇〇〇株式会社					
	被保険者氏名	(フリガナ) ヤマダ タロウ	山田 太郎				
	被保険者生年月日	昭和 平成	45	年 11	月 3	日	
	被保険者住所	〒 530 — 0000	大阪市…				
	療養を受ける方の氏名	(フリガナ) ヤマダ ハナコ	山田 花子				
	療養を受ける方の 生年月日	昭和 平成 令和	45	年 2	月 25	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	⑩				
	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