健康保険　特定疾病療養受療証交付申請書

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

※太枠線内を記入してください。

記入日	令和　　年　　月　　日				
被保険者欄	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏　名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)
	被保険者の勤務する事業所名称	**※任意継続者は記入不要です**		所属・電話番号	(TEL：　　)
	被保険者住所	〒　　－ 都 道 府 県 (TEL：　　－　　－　　)　**※平日の日中にご連絡可能な番号をご記入ください**			
受領証交付対象者欄	対象者氏名 (療養を受ける人)	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	続柄	生年月日	昭 和 平 成 令 和　　年　　月　　日
	傷病名 (いずれかに✓)	☐	人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全		
		☐	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		
		☐	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)		

↓被保険者氏名は手書きでお願い致します

※受診していている医療機関に証明をいただいてください。

医師の意見欄

上記の通り、診療を受けていることに相違ありません。

令和　　年　　月　　日

所　在　地：

医療機関名：

T　E　L：

医　師　名：

受付印