

| | | | | |
|----|----|---|---|---|
| 受付 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 決定 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

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

**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 欄 | 被保険者氏名 及び生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | 被保険者証の 記号及び番号 | 記号 | 番号 | | | |
| | 認定対象者の 氏名 | | | | | 認定対象者 の生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 被保険者 との続柄 |
| | 認定対象者の 住所 | 〒 - | | | | | | | | | |
| | 疾病名 | <input type="checkbox"/> 1. 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 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 <input type="checkbox"/> 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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るものに限る。) | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医 師 の 意 見 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。 | | | | | | | | | | |
| | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | 医療機関の 名称 | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | |
| | 医師名 | | | | | | | | | | |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 -
住 所
被保険者
氏 名
連絡先電話番号 - -