# 健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者の記入欄 | 記号・番号 | | 記号 | | | | 番号 | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 | | | | | | | | | 事業所名 | | | | |
| | 療養をうける人 | 氏名 | | | | | | | | 生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 | | | |
| | | 住所 | | | | | | | | | | | | |
| | | 疾病名 | 1．人工腎臓を実施している慢性腎不全 | | | | | | | | | | | |
| | | | 2．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Ⅸ因子障害（いわゆる血友病） | | | | | | | | | | | |
| | | | 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。) | | | | | | | | | | | |

上記のとおり申請いたします。

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| | |
|---|---|
| 医師の記入欄 | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。<br>令和　　年　　月　　日<br>医療機関　名称<br>所在地<br>電話<br>医師名 |

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。

| 備考欄 | |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 受付 | 年　　月　　日 | 常務理事 | 事務長 | | 係 |
| 交付 | 年　　月　　日 | | | | |

受付日付印

202411改