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		健保　太郎										事業所名	○○○株式会社
	療養をうける人	氏　名	健保　花子										生年月日	昭・(平)・令　○ 年 ○ 月 ○ 日
		住　所	○○市○○町1-1											
		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　健保　太郎

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。 令和　　年　　月　　日 医療機関　名　称 所在地 電　話 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	

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

受付日付印