

常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

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・平 年 月 日	被保険者等 記号・番号	・		
	認定対象者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	認定対象者取得・ 認定年月日	(取得・認定) 昭・平・令 年 月 日	被保険 者との 続柄	
	認定対象者 住 所	〒 ー TEL ()				
	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 因子障害又は先天性血液凝固第 因子障害 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
	所在地 医療機関の 名称 医師名
	TEL ()

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日

住 所
被保険者 氏 名

／ 受付日付印

適正な給付決定処理を行う為に個人情報を利用させていただきます。