

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