

伺 の 日	令和	年	月	日
認 定 日	令和	年	月	日
受 付 番 号	第		号	

部 長	課 長	係 長	係

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 証	記号	番号	事業所名	
	被 保 険 者 氏 名	⑩	生年月日	昭和・平成	年 月 日
			日中の連絡先	電話	— —
	被 保 険 者 住 所	〒			
	認 定 対 象 者 氏 名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
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第Ⅸ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	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
	所在地			
	医療機関の 名 称			
	医 師 名	⑩		

希 望 送 付 先	※上記被保険者住所欄に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。			
	住 所	〒	電話	— —
	宛 名		被保険者 との関係	

注：医療機関を希望する場合は、事前に医療機関に送付可能かご確認いただき、病棟・病室番号等をご記入ください。

備 考	
--------	--

※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、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

受 付 日 付 印

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日