

常務理事	事務長	課長	主任	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	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平 年 月 日		被保険者証の 記号一番号	
	認定対象者 の氏名	認定対象者 の生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者 との続柄	
	認定対象者 の住所				
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群			

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診察を受けていることに相違ありません。				
	令和 年 月 日				
		名称			
		医療機関の 所在地			
	医師名				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被 保 険 者	住所			
	氏名			
	(必須) <input type="checkbox"/> に確認のチェックを付けてください。			
	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。		