

特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)	勤務先事業所		部 署	
	被保険者名		被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日
	認定対象者の 氏 名		認定対象者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	認定対象者の 住 所	〒 - 電話 () -					
	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. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症					
	※ 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、備考欄へ記載して下さい。 (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。)						
備 考							

医 師 の 意 見 書	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。	年 月 日
	医療機関の所在地	
	名 称	
	電 話	
	医 師 名	

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所
被保険者
氏名

受付日

※ 健 保 処 理 欄	常務理事	事務長	担当者	交付年月日