

常務理事	部長	係長	係

## 健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者情報	被保険者証 記号番号	—	生 年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 昭和	年	月
			<input type="checkbox"/> 平成		日
	氏 名				
	住 所	(〒 - )			

認定対象者	療養を受ける方(被保険者の場合は記入の必要はありません)				
	氏 名		生 年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 昭和	年	月
			<input type="checkbox"/> 平成		日
			<input type="checkbox"/> 令和		

希望送付先	上記被保険者情報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	(〒 - )			
	宛 名				

医師の証明	疾 病 名	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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)			
		上記のとおり診療を受けていることに相違ありません <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 医 療 機 関 所 在 地 医 療 機 関 名 医 師 氏 名 電 話 番 号			

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

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)

備考欄	
-----	--