

処 理 伺	常務理事	事務長	部 長	課 長	担当者
令和 年 月 日					

## 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 の 記 号 と 番 号					
	被 保 険 者 の 氏 名	フリガナ	続 柄	生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日
	※ 被 保 険 者 の 住 所	〒 —				
	療 養 を 受 け て い る 方 の 氏 名	フリガナ	続 柄	生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日
	療 養 を 受 け て い る 方 の 住 所	〒 —				
	疾 病 名 ( 該 当 す る 番 号 に ○ を つ け て く だ さ い 。 )	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）				
電 話 番 号 ( ) —						

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  医療機関の所在地 医療機関の名称 医 師 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、下記の備考欄へ記入してください。  
(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	
-----	--

※証書は被保険者の住所宛に郵送します。自宅以外に送付を希望される場合はその旨お申し出ください。