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	被保険者等の記号と番号					
	被保険者の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		生年月日	昭和 平成	年　月　日
	※ 被保険者の住所	〒　　－ 電話番号　（　　）　　－				
	療養を受けている方の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	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	〒　　－ 電話番号　（　　）　　－				
	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（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 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

・被保険者等の記号番号がわからない場合にはマイナンバーを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。

マイナ保険証を利用されている方（資格確認書をお持ちでない方）には、認定証は発行されません。