

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者の記入欄	被保険者証		記号				番号						
	被保険者氏名							事業所名					
	療養を うける人	氏名							生年月日		S・H・R 年 月 日		
		住所											
	疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 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Ⅸ因子障害 (いわゆる血友病) 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。)											
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 住所 被保険者 氏名													

医師の記入欄	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											
	名称											
	医療機関 所在地											
	電話											
医師名												

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、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。
 (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	
-----	--

受付日付印

受付	年 月 日	常務理事	事務長		係
	年 月 日				
交付	年 月 日				
	年 月 日				