

常務理事	事務長	部長	課長		担当者	起案	・	・
						施行	・	・
						交付番号		

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号-番号	-	被保険者氏名 (生年月日)						(昭・平 年 月 日)
	被保険者の 住所	〒 -		電話	()				
	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。)								
	認定対象者 の氏名			認定対象者 の生年月日	昭・平・令 年 月 日			被保険者 との続柄	
	認定対象者 の住所	〒 -							
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. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群								

※ 下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付してください。

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり受診し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 の 氏 名		

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

※ 被保険者が押印されない場合は□に✓を記入してください。

確 認 欄	<input type="checkbox"/>	被保険者本人が記入したものである。
	<input type="checkbox"/>	事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人が確認している。

受付日付印