

受 付 印

常務理事	事務長	係	係

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

下記のとおり交付を申請します

申請日： 年 月 日

被保険者情報	被保険者証の 記号・番号	記号		事業所名	
		番号		所属部署	
	氏名				
	生年月日	年	月	日	電話 — —
	住所	〒			
認定対象者欄	氏名	(被保険者との続柄：)		生年月日	年 月 日
	疾病名	1. 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 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群（厚生労働大臣が定める者）			
送付先	1. 被保険者本人へ社内便				
	2. 上記被保険者住所へ郵送				
	3. その他	住所	〒		
		宛名			
医師の記入欄	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ください。				
	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。				年 月 日
	医療機関の所在地				
	医療機関の名称				
	電話番号				
医師の氏名					