

常務理事		健保 担当者	事業所 担当者

**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	フリガナ			生年月日	昭平令	年 月 日
	認定対象者氏名	フリガナ		生年月日	昭平令	年 月 日	被保険者との続柄
	傷病名 (該当に○)	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. 抗ウィ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)					
	希望送付先	1. 会社へ送付 2. 自宅へ送付 3. その他住所へ送付	3. その他住所へ送付を希望する場合にご記入下さい。 住所 〒 宛名				

下欄に医師の証明を受けるか、または診断書等、疾病にかかったことを証明する書類を添付する

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	
	医師の氏名	
	電話番号	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒  
住所  
被保険者  
氏名

健康保険組合理事長殿