

受付年月日	令和	年	月	日
決定年月日	令和	年	月	日

--	--	--	--	--

健康保険 特定疾病療養受給証 交付申請書

下記のとおり申請します。

被保険者が記入する欄	健康保険被保険者等 記号番号	記号		番号						
	被保険者氏名									
	認定対象者の氏名				被保険者との続柄					
	認定対象者の生年月日	昭和	平成	令和	年	月	日	性別	男	女
	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因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 3 抗ウイ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。）								

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								
名 称									
医療機関 _____									
所在地 _____									
医師名 _____									

受付日付印