

常務理事	事務長	係

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者証の		② 被保険者(請求者)の氏名				③ 生年月日					
	記号	番号	(自署)				昭和 平成 令和	年	月	日		
							③ 生年月日				被保険者 との続柄	
	認定対象者の氏名						昭和 平成 令和	年	月	日		
	認定対象者の住所		〒 -									
	疾 病 名 (該当する番号に ○印をしてください)		1.人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2.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、厚生大臣の定める者に係るものに限る)									
	【送付先】		1. 事業所			2. 自 宅			* 3. その他			
右欄1、2、3のいずれかに ○印を付けてください。		3. その他をご希望の場合の送付先 〒 -										

*** 送付先 ; 3. その他には、「作業所」「モデルム」を含みます。**

医 師 の 意 見 欄	うえのとおり診察を受けていることに相違ありません。										
	令和 年 月 日										
	住 所 〒 -										
	医療機関の 名 称										
医 師 名											

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日提出

年 月 日

◆ 受付日付印 ◆

住 所

氏 名 (自署)