

特定疾病療養受療証 交付申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)	勤務先事業所	部署		
	被保険者名			被保険者の 生年月日	年	月	日
	認定対象者の 氏名			認定対象者の 生年月日	年	月	日
	認定対象者の 住所	(〒 -)		電話 () -			
	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. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症					

医 師 の 意 見 書	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。					
	年 月 日					
	名 称					
	医療機関の所在地					
	電 話					
医 師 名 (印)						

被 保 險 者 記 入 欄	上記のとおり申請します。					
	年 月 日					
	住所					
	被保険者					
	氏名 (印)					

※被保険者の印は、被保険者(申請者)が自署する場合に限り押印を省略することができます

※ 健 保 処 理 欄	常務理事	事務長	担当者	月額	自己負担限度額	交付年月日
				千円	万円	