健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者情報

被保険者証の　記号　　番号

生年月日
□昭和
□平成
□令和　　年　　月　　日

（フリガナ）

氏名・印　　印　自署の場合は押印を省略できます。

住所　（〒　　ー　　）　都 道 府 県

電話番号（日中の連絡先）　TEL　（　　）

認定対象者欄

療養を受ける方　氏名

生年月日　□昭和 □平成 □令和　　年　　月　　日

疾病名（1から3の疾病に該当する番号からご記入ください。）　□

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 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、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)

送付希望先

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

住所　（〒　　ー　　）　都 道 府 県

電話番号（日中の連絡先）　TEL　（　　）

宛名

医師の意見欄

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　（　　）

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。　令和　　年　　月　　日

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄　　印