常務理事	事務長	担当者

健康保険　特定疾病療養受療証交付申請書
（本人･家族）

被保険者の記入欄	被保険者等記号番号	(記号)	(番号)	被保険者の氏名			性　別 男 ・ 女	
	事業所名称			生年月日	昭和 平成　年　月　日			
	（フリガナ） 認定対象者の氏名			性別	男 ・ 女	続柄		
	認定対象者の生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日		備　考				
	認定対象者の現住所	〒　　― TEL　（　　）						
	（疾病名） 右記の該当する疾病の番号を○で囲んでください	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子又は先天性血液凝固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						

医師の記入欄	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　名　称 所在地 医師名 TEL　（　　）

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

被保険者の　住　所

氏　名

本人確認欄（本人確認のため □にチェック願います）
□　申請者本人（被保険者）が作成したものである。

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）