

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	被保険者証	記号	申請年月日	令和	年	月	日	
	記号・番号	番号	記載のとおり申請いたします。					
	被保険者	氏名	⑩ <small>被保険者自ら記入(自署)する場合には、押印は不要です。</small>					
		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日		
	認定対象者	氏名						被保険者 との続柄
		生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日		
		住所						
疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行なう必要のある慢性腎不全 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ものに係るものに限る。)							
※1備考								

医 師 の 証 明 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		
					医療機関の 所在地		
				医師名	(印)		

※1 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。なお、被保険者証の記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認を行いますので、個人番号カードか、個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書(保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上)を申請者が健保に直接持参してください。

