

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	記 号	申請年月日	令和	年	月	日	
		番 号	記載のとおり申請いたします。					
		氏 名	⑩	被保険者自ら記入(自署)する場合には、押印は不要です				
		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			
	医療機関の			名 称			
	医 師 名			所在地			
							(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、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。

