

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者(申請者)記入用

※受療証の有効開始日は、原則 本申請書を受け付けた月の1日となります。受付月以前に遡っての適用はできませんので、ご注意ください。

被保険者(申請者)情報	健康保険 (右づめ)	記号 	番号 	生年月日 年 月 日 ☐ 昭和 ☐ 平成
	氏 名 記入日	(フリガナ) ----- 以下のとおり、健康保険特定疾病療養受療証 の交付を申請します。 記入日 令和 年 月 日		
	住 所	(〒) (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 年 月 日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	疾病名 (1から3の疾病に該当する 番号をご記入ください)	☐ 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。)	

医師の意見欄	下欄に医師の証明を受けてください。	
	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 ()	

備考欄

※健康保険の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、番号確認、本人確認をするための書類が必要です。)

受付日付印

健保使用欄	常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当