

常務理事	事務長		担当

健康保険 特定疾病療養受領証 交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者等 記号・番号		被保険者氏名 及び生年月日	(フリガナ)
				昭和・平成 年 月 日
	認定対象者の 氏名	フリガナ		被保険者 続柄
		昭和・平成・令和 年 月 日		
	認定対象者の 住所	〒 (電話) ()		
	疾 病 名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 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 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	上記の通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		

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

住 所

被保険者

氏 名

備考欄	個人番号 (被保険者等記号番号を記入した場合は記入は必要ありません)	
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。 ①通知カードのコピー (表面) ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードのコピー (両面) のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー 又は パスポートのコピー のいずれか1点	