

常務理事	事務長		係

健康保険特定疾病療養受領証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 証		被 保 険 者 氏 名	事 業 所		
	記 号	番 号		名 称		
			生 年 月 日	年 月 日	所 在 地	
	認 定 対 象 者	氏 名		生 年 月 日		続 柄
		昭和 平成 年 月 日 令和				
住 所		〒 -				
	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因子障害または 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				

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				
	所 在 地				
	病 院 名				
	医 師 氏 名				
	電 話 番 号 - -				

被 保 険 者 記 入 欄	上記のとおり申請します。				
	令和 年 月 日				
	〒 -				
	住 所				
	被 保 険 者 氏 名				
電 話 番 号 - -					

健 保 記 入 欄	交付年月日	令 和 年 月 日	受 付 印
	発効年月日	令 和 年 月 日	
	有効期限	令 和 年 月 日	
	No.		