

常務理事	事務長	担当	

健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

被保険者記入欄	被保険者氏名 生年月日	ふりがな ----- 昭・平 年 月 日	被保険者証の記号番号	
			記号	番号
	認定対象者の氏名	ふりがな -----	認定対象者の生年月日 昭・平 年 月 日	続柄
	認定対象者の住所	〒 Tel - -		
	疾病名 <small>(該当する項目の数字に○印を付けて下さい)</small>	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. 人工透析治療を要する慢性腎不全（透析の導入日 平成 年 月 日） 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に限る※）		

※厚生労働大臣の定める者とは、血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症に関する医療を受けている者をいいます

医師の記入欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。			
	平成 年 月 日			
	名称 所在地 〒 医療機関の Tel - -			
	医師名 (印)			

上記の通り申請いたします。

平成 年 月 日

住所 〒

被保険者の

氏名

(印)

常務理事	事務長	担当

記入例

健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

被保険者記入欄	被保険者氏名 生年月日	ふりがな けんぼ たろう 健保 太郎 昭平 50年 10月 10日	被保険者証の記号番号	
			記号	番号
			1000	111111
	認定対象者の氏名	ふりがな けんぼ たろう 健保 太郎	認定対象者の生年月日 昭平 50年 10月 10日	続柄 本人
認定対象者の住所	〒 123-4567 東京都中央区築地5-6-10 Tel 03 - 9999 - 9999			
疾病名 <small>(該当する項目の数字に○印を付けて下さい)</small>	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 人工透析治療を要する慢性腎不全 (透析の導入日 平成 25年 11月 11日) 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限る※)			

※厚生労働大臣の定める者とは、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症に関する医療を受けている者をいいます

医師の記入欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。			
	平成 25年 11月 15日			
	医療機関の	名称	浜離宮病院	
		所在地	〒 105-0000 東京都港区青山1-2-3 Tel 03 - 1234-5678	
	医師名	青山 一郎		

上記の通り申請いたします。

平成 25年 11月 20日

住所 〒 104-0045
東京都中央区築地5-6-10

被保険者の

氏名 健保 太郎