

様式番号	
給	14

部長	課長	扱	合議

交付年月日	令和 年 月 日
発効期日	令和 年 月 日

## 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	被保険者証 記号番号		事業所名称			
	認定対象者 氏名		認定対象者 生年月日	○昭 ○平 ○令	年 月 日	被保険者 との続柄
	認定対象者の 住所					
	傷病名	<input type="radio"/> 1. 血友病 <input type="radio"/> 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 <input type="radio"/> 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)				

医 師 が 証 明 す る 欄	上記のとおり診察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					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者 住 所  
(自署) 氏 名