

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

## 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				交付番号	
記号		番号		被保険者氏名	
住所	〒 - 電話 ( )				
認定対象者氏名			続柄	生年月日	
				昭和・平成・令和 年 月 日	

医師の意見欄
<p>上記の者は、下記の疾病（○印で表示）により診療を受けていることを証明する。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害</li> <li>2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全</li> <li>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係るものに限る。）</li> </ol> <p>証明した日：令和 年 月 日  透析開始日：令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所在地  医療機関 名称 ( )  電話 ( )  医師名</p>