

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	〒 104-0045 東京都中央区築地9-9-9 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 <u>けんぼ たろう</u> <b>健保 太郎</b>	被保険者証の記号番号	
			記号	番号
			1000	111111
		(昭)・平 50年 10月 10日		
認定対象者の氏名	ふりがな <u>けんぼ たろう</u> <b>健保 太郎</b>	認定対象者の生年月日	続柄	
		(昭)・平 50年 10月 10日	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	所在地	
		浜離宮病院	〒 105-0000 東京都港区青山1-2-3 Tel 03 - 1234-5678	
	医師名	青山 一郎		
		(青山)		

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**

(健保)