

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

担当責任者	確認者	受付者

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書
新規 ・ 再交付

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者証等の 記号及び番号			
	認定対象者の 氏 名		認 定 対 象 者 の 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					
	疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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係わるものに限る)				

医 師 の 意 見 欄	上のおり診療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 名称 所在地 医師名	印
----------------------------	--	---

【注意事項】

*認定証の発効期日は、申請書が健康保険組合へ到着した日の属する月の1日になります。ただし、申請のあった月に被保険者の資格を取得した者、又は被扶養者となった者については、その資格取得日、又は扶養認定日となります。

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者 住 所

氏 名

印