常務理事	事　務　長	課　長	係　長	係

[受付]令和　　年　　月　　日

[決定]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	被保険者証の記号・番号	―	被保険者の氏名及び生年月日	昭・平　　年　　月　　日		
	認定対象者の氏　名		認定対象者の生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	続柄	
	認定対象者の住所	〒				
	疾　病　名	1. 血友病 2. 人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全 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るものに限る）				

医師の意見欄	うえのと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

氏　名

印刷製本包装機械健康保険組合理事長　様