

常務理事		事務長		担当	
------	--	-----	--	----	--

**健康保険組合
特定疾病療養受療証
交付申請書**

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者証の 記号・番号	—
	療養受療対象者の 氏名及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者との 続柄	
	療養受療対象者 の住所			
	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（血友病） ② 人工腎臓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。			
	年 月 日			
	医療機関の 名称			
	所在地			
医師名				⑩

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所

被保険者

氏名

⑩

音羽健康保険組合 殿