

決		済	
常務理事	事務長		担当者

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

申請日	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	被保険者の氏名				保険証の記号・番号				
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	所属事業所			
	認定対象者の氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	認定対象者の住所	〒 -						続柄	
	病床名	<input type="checkbox"/>	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全						
	<input type="checkbox"/>	2. 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							
	<input type="checkbox"/>	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							印	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 -
住所

被保険者

氏名

電話番号

印

ニチバン健康保険組合理事長 殿