

特定疾病療養受療証交付申請書

下記の通り申請します。

被 保 険 者 等		被 保 険 者 氏 名	申 請 日	令 和 年 月 日	
記 号	番 号				
			所 属		
受 給 者 氏 名		性 別	生 年 月 日	続 柄	(斜線)
		1. 男 2. 女	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日		
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			
発 送 先 住 所	住 所	〒(-)		TEL	()
	氏 名			(斜線)	

医 師 の 証 明	1. 血友病と認定した日 2. 人工透析治療を開始した日 3. 抗ウイルス剤投与を開始した日	令 和 年 月 日
	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	
	名 称 医療機関の 所在地 TEL 医師名	(印)

受付印

健保使用欄	交付年月日	令 和 年 月 日	発効期日	令 和 年 月 日
-------	-------	-----------	------	-----------