

健康保険特定疾病療養受療証交付申請書

常務理事	事務長	係

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	年 月 日	被保険者証の 記号及び番号	—		
	認定対象者の 氏 名		認定対象者の 生 年 月 日	年 月 日		
	認定対象者の 住 所				被保険者 との続柄	
	疾 病 名	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（いわゆる血友病） 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	上記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					(印)

日新電機健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者 住 所

氏 名

(印)