

▼申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入下さい。

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日
	被保険者証の	1 0 - 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 0 3 年 1 0 月 0 1 日
	氏名	(フリガナ) けんぼ たろう 健 保 太 郎	
	住所	(〒 4 6 0 - △ △ △ △) 愛知 都 道 府 県 名古屋市□□□□□□□□	
電話番号 (日中の連絡先)	0 5 2 (× × ×) × × × ×		

認 定 対 象 者 欄	療養を受ける方 ※被保険者の場合は 記入の必要が ありません	氏名 健 保 花 子	生年 月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 8 年 5 月 1 0 日
	疾病名 (該当する疾病の番号をご 記入ください)	2	1 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第八因子障害または先天性血液凝固第九因子障害 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（H I V 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

送 付 希 望 先	住所	(〒 -) 都 道 府 県
	電話番号 (日中の連絡先)	()
	宛名	

この欄は、医師に記入してもらってください。

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類を添付ください。

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。	令和 年 月 日
	医療機関の所在地	
	医療機関の名称	
	医師の氏名	
	電話番号	

上記の通り健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。 令和 年 月 日

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

常務理事	事務長			