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	被保険者氏名											被保険者証の 記号・番号	記号	番号	
	被保険者生年月日	年 月 日													
	マイナンバー												被保険者証の記号番号を記入した場合は 不要		
	認定対象者の 氏 名											認定対象者の 生 年 月 日	年 月 日	被保険者 との続柄	
	認定対象者の 住 所	〒													
	疾 病 名 <small>該当する疾病名の数字を○印 で囲んでください</small>	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因子傷害 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（HIV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	
	医療機関の所在地 〒	
	医師名	印

日本高周波鋼業健康保険組合 理事長 殿

上記のとおり申請します。

記入日： 年 月 日

住所 〒
被保険者の
氏名

印