

常務理事	事務長	課長	係長	係

※この太枠内は記入しないで下さい

整理番号		交付日	年	月	日	発効日	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	① 保険証の	記号	999	② 被保険者氏名	埼玉 太郎										
		番号	999	生年月日	昭	・	平	・	令	××	年	××	月	××	日
	③ 住所	〒 330-××××					(電話) 〇〇〇-×××-▽▽▽▽								
	④ 事業所名称	〇〇株式会社													
備考	※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)														

※認定対象者が被保険者の場合は、⑤に「本人」と記入し、⑥～⑦は省略して差し支えありません。  
 ※認定対象者と被保険者の住所が同一の場合は、⑦に「同居」と記入し住所の記載は省略して差し支えありません。

認 定 対 象 者 ( 証 を 必 要 と す る 者 )	⑤ 氏名 生年月日	埼玉 花子					⑥ 被保険者 との続柄	妻				
		昭	・	平	・	令	××	年	××	月	××	日
	⑦ 住所	〒 一					(電話) 〇〇〇-×××-▽▽▽▽			同居		
⑧ 申請事由	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固Ⅸ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(HIV感染を含み厚生労働大臣の定める者)											

医 療 機 関 で 記 入 し て も ら う と こ ろ	⑨	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 名称 △△病院 所在地 〇〇市▽▽町×-××× 電話番号 〇〇〇-×××-▽▽▽▽ 医師氏名 □□ □□□□										
	認定(開始)日	令和〇〇年〇〇月〇〇日										
		1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固Ⅸ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(HIV感染を含み厚生労働大臣の定める者)										