

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 險 者	① 保険証の 記号	999	② 被保険者氏名 生年月日	埼機 太郎 昭・平・令 ××年××月××日
	③ 住 所	〒 330-××××	(電話)	○○○-×××-▽▽▽▽
	④ 事業所 名 称	さいたま市大宮区桜木町○-××-△		
	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 者	⑤ 氏 名 生年月日	埼機 花子 昭・平・令 ××年××月××日	⑥ 被保険者 との続柄	妻
	⑦ 住 所	〒 —	(電話)	○○○-×××-▽▽▽▽
	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 ○○市▽▽町×-×××			
	電話番号 ○○○-×××-▽▽▽▽			
医師氏名 □□ □□□□				印
認定(開始)日		令和○○年○○月○○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)				