常務理事	事務長	担当者

標準報酬月額	千円	
自己負担限度額	１万円	２万円

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	被保険者証	記号		被保険者氏名	印
		番号		被保険者生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
	被保険者住所 電話番号	（〒　　－　　） TEL　　－　　－			
	認定対象者続柄		認定対象者氏名		
			認定対象者生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日	
	疾病名 （右記番号に○を記入してください。）	1　人工腎臓を実施している慢性腎不全 2　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第Ⅸ因子障害 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。　　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　　印 電話番号

上記のとおり申請します。　　受付日付印

令和　　年　　月　　日