

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

常務理事	事務長	担当者

健康保険特定疾病療養受領証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 氏 名							被保険者の 記号番号		一		
	生 年 月 日			年		月			日生			
	認 定 対 象 者 氏 名							被保険者との続柄				
	認 定 対 象 者 生 年 月 日			年		月						日生
	認 定 対 象 者 住 所	〒			-							
	疾 病 名	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 または先天性血液凝固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 証 明 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 名 称 医 師 名								
			電 話 - -								

上記のとおり申請します。

令和		年		月		日
----	--	---	--	---	--	---

被保険者の

住 所	〒 -									
氏 名										
連絡先		-		-						

科研製薬健康保険組合 理事長 殿