

常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	主任	担当者

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	被保険者氏名及び生年月日	昭・平 年 月 日			被保険者等の記号・番号	
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭平令 年 月 日	被保険者との続柄	
	認定対象者の住所					
	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 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				
	備考	<small>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、本人確認するための添付書類が必要です。)</small>				

医師の意見欄	上の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 〒 ー					
	名 称 医師名 TEL					

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日
 被保険者 住所 〒 ー
 氏名

大阪金属問屋健康保険組合 御中