

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ところ | 被保険者氏名        |   | 被保険者等<br>記号・番号 | 記号          | 番号           |
|              | 認定対象者の氏名      |   | 認定対象の<br>生年月日  | 昭・平・令 年 月 日 | 被保険者<br>との続柄 |
|              | 認定対象者の<br>住 所 |   |                |             |              |
|              | 疾 病 名         | 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害および先天性血液凝固第Ⅸ因子障害<br>3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 |                |             |              |

|        |                         |       |     |   |  |
|--------|-------------------------|-------|-----|---|--|
| 医師の意見欄 | 上のおり診療をうけていることに相違ありません。 |       |     |   |  |
|        | 令和                      | 年     | 月   | 日 |  |
|        |                         |       | 名称  |   |  |
|        |                         | 医療機関の | 所在地 |   |  |
|        | 医師名                     |       |     |   |  |

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

被保険者

氏 名

受付印

自動車振興会健康保険組合理事長 殿

備考欄

(注)被保険者等記号・番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。

個人番号を記載した場合は、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。

社会保険労務士記載欄

氏名等

自動車振興会健康保険組合