

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		被保険者証の 記号及び番号					
	認定対象者の氏名		認定対象の 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因子障害および先天性血液凝固第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						

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

自動車振興会健康保険組合理事長 殿

備考欄	
-----	--

(注)被保険者証の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。