

決裁欄	事務局次長	係長	係員	決定年月日	令和	年	月	日

特定疾病療養受療証交付申請書

組合員証の 記号・番号	—		
	組合員の 氏名・生年月日	昭・平 年 月 日生	
組合員の住所			
認定対象者の 氏名・生年月日	昭・平・令 年 月 日生		
組合員 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(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。)		
入欄	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住所 組合員 氏名 連絡先(電話番号)		
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 名称 所在地 医師名		
	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属機関の長 職名 又は所属所長 氏名		

(注) 疾病名が1に該当し、更生医療の適用を受けていれば、医師の意見欄の記載の代わりにその医療券の写しでも構いません。

