健保使用欄							
承認　・　不承認	区　分	常務理事	課長	課長代理	主任	担当
交付年月日	被保険者・被扶養者					
年　月　日	不　承　認　理　由					
発効年月日						
年　月　日						

特定疾病療養受療証交付申請書

被保険者・被扶養者記入欄								
被保険者等	記号		番号		被保険者氏名			
被保険者居所住所	〒　　－ TEL				生年月日	（和暦） 年　月　日		
疾病名 （該当疾病に「レ」を入れてください）	□ 血友病　　□ 人工透析治療を行なう必要がある慢性腎不全 □ 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ものに関わるものに限る）							
被扶養者が使用する場合	氏名			続柄		生年月日	（和暦） 年　月　日	
備考欄		被保険者等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。） **※記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。**						

医師証明欄			
傷病名		初診年月日	（和暦） 年　月　日
この届出を提出する際の療養の状況			
上記のとおり相違ないことを証明します。 （和暦）　年　月　日 住所（所在地） 医療機関名 医師名　TEL			

【注意事項】

受付日付印

◎被保険者等の記号・番号が変更となった場合は、改めて申請してください。
　ただし、医師証明欄は未記入で構いません。