

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書
Health Insurance Request for Issuance of Certificate of
Treatment Received for Specified Diseases

常務理事	事務長	担当

データ 照合	
-----------	--

被保険者 The insured person	申請日 Submitted	年 Year 2021	月 Month 11	日 Day 15	保険証 Insurance Card	記号 Code 2	番号 Number 123456			
	氏名 Name	健保 花子			押印省略 Omitted name stamp	元号(Era) 平成 (Heisei)	年Year 1	月Month 4	日Day 1	生
	住所 Address	〒 000 - 0000 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-15								

* 認定証を必要とする人 Those who need a certificate

適用対象者 Applicable Person	氏名 Name	健保 太郎			続柄 Relation 父	元号(Era) 昭和 (Showa)	年Year 30	月Month 12	日Day 15	生
	疾病名 Name of disease	<input checked="" type="checkbox"/> 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 Chronic renal failure with artificial kidneys								
		<input type="checkbox"/> 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 Factor viii or ix congenital coagulation disorder for which blood plasma fractions are taken								
<input type="checkbox"/> 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。） AIDS (including HIV infection, limited to what has been determined by the Minister of Health, Labour, and Welfare.) for which antiviral is being taken										

送付先 Destination	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所に送付 Send to the address of the insured person	
	<input type="checkbox"/> 下記の住所に送付 Send to the address below	
	住所 Address	〒 -
宛名 Name		

医師の意見欄 Doctor opinion	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 I hereby certify that the above statement is true and correct.			
	医療機関の名称 Name of medical institution	年 Year	月 Month	日 Day
	所在地 Address			
	医師名 Name of doctor			

受付