

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

決裁				
----	--	--	--	--

## 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 欄	被保険者氏名				被保険者証の記号		
	生年月日	昭・平	年	月	日	番 号	
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭・平・令	年	月	日
	認定対象者の住所						
	疾病名 (該当傷病名の数字に○印を付けてください)	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）					

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
	医療機関の名称 所在地	
	医師名	印

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

令和 年 月 日

住 所  
被保険者  
氏 名

印

NTPグループ健康保険組合 理事長 殿