

受 付	年 月 日
決 定	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	年 月 日			番 号		
	認定対象者の 氏 名		認定対象 者 の 生年月日	年 月 日		被保険 者との 続 柄	
	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。
	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。

年 月 日  
住 所  
被保険者  
氏 名

N T P グループ健康保険組合 殿