

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 險 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（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。）			

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

NTPグループ健康保険組合 殿