

別紙のとおり、認定証を交付いたします。

決 裁：平成 年 月 日  
交 付：平成 年 月 日

常務理事		課 長	課長補佐	係 長	担当者

**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 生年月日	大・昭・平 年 月 日	被保険者証 記号一番号	—
	受診者氏名 生年月日	大・昭・平 年 月 日	被保険者 との続柄	
	受診者の 住 所	〒 -		
	疾 病 名	1. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 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わるものに限る)		
受療証の 送 付 先	1. 事業所経由 2. 被保険者住所 3. 受診者住所 4. その他(下記) 〒 -			

医 師 の 意 見 欄	〔上記疾病名が2の場合のみご記入願います。 継続性を要する人工透析開始日： 年 月 日〕			
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 平成 年 月 日			
	医療機関の名称			
	所在地			
TEL ( )				
医師名 ㊟				

上記のとおり申請します。平成 年 月 日

旅行業健康保険組合 御中

〒 -

被保険者 住 所

TEL ( )

氏 名

㊟

※疾病名2に係る更生医療券をお持ちの方は、その写しの添付があれば医師の意見欄の証明は要しません。  
 ※疾病名3に係る申請は、裁判所より交付された裁判和解調書又は医薬品副作用被害救済・研究振興調査  
 機構により交付された通知書の写しを添付してください。医師の意見欄の記載は要しません。