

受付	平成	年	月	日
決定	平成	年	月	日

決 裁		
常務理事	事務長	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	被保険者証の		被保険者氏 名 及び生年月 日	大・昭・平 年 月 日		
	記号	番号				
			認定対象者 の氏名			
	認定対象者の 生年月日	大・昭・平 年 月 日		被保険者 との続柄		
	認定対象者 の住所					
疾病名	1. 人工透析を実施している慢性腎不全 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 または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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、厚生大臣の定めによる者に係るものに限られます。)					

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。				
	平成 年 月 日				
	名称 医療機関の 所在地				
	医師名			印	

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住所  
被保険者  
氏名

印

セディナ健康保険組合理事長 殿