

受付	令和	年	月	日
決定	令和	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 と こ ろ	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者証の 記号及び番号	
	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		被保険者との続柄	
	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。)		

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類(原本)を添付してください。

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 電話 - -
----------------------------	--

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  
キリンビール健康保険組合理事長殿

訂正した箇所には訂正印を押印してください。