常務理事	事務長	係

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	被保険者氏名及び生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日		被保険者等の記号及び番号	―	
	認定対象者の氏　　名		認定対象者の生 年 月 日	昭 平 令　年　月　日	被保険者との続柄	
	認定対象者の住　　所					
	疾　病　名	1.　血友病 2.　人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3.　抗ウィ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。 令和　　年　　月　　日 医療機関の　名　称 所在地 医 師 名　　㊞

被保険者等の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 （マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。）	
備　　考	

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

被保険者　住　所

氏　名　　㊞

ミツバ健康保険組合　理事長　殿