

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 年 月 日 令	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。					
	令和 年 月 日					
	医療機関の 所在地	名 称				
	医 師 名	⑩				

被保険者証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

住 所
被保険者
氏 名

⑩

ミツバ健康保険組合 理事長 殿