

常務理事	事務長	担 当

健保記入欄	自己負担限度額	標 準 報 酬 月 額	発 効 年 月 日
		令和 年 月現在 千円	令和 年 月 日

特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 の 記 入 す る 欄	被保険者	記号		被保険者 氏 名																
		番号																		
	事 業 所 名																			
	対象者氏名			対 象 者 生年月日	昭和・平成 令和 年 月 日															
	対象者住所		〒 ー																	
疾 病 名		1．人工腎臓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 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等																		
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																			
	名 称																			
	医療機関 所在地																			
		医師名					㊞													