

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	被保険者証	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	〒 -			
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 Ⓜ				