

受付	和暦	年	月	日
決定	和暦	年	月	日

常務理事	事務長		担当者

受付日付印

## 健康保険特定疾病療養受領証交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者氏名		被保険者証	—
	生年月日	和暦 年 月 日	の記号番号	
	認定対象者氏名		被保険者者	
	生年月日	和暦 年 月 日	との続柄	
	認定対象者住所	〒		
疾病名 (○を付してください)	1.人工腎臓を実施している慢性腎不全 2.血漿分画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 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 証 明 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。  和暦 年 月 日  <div style="text-align: right;">所在地 医療機関 名称 医師名</div>			
	上記のとおり、健康保険特定疾病療養受領証の交付を申請します。  和暦 年 月 日  <div style="text-align: right;">被保険者住所 被保険者氏名</div>			
ファイザー健康保険組合理事長 殿				