決　　裁				
常務理事	事務長	業務課長	係　長	担当者

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	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・番号	―
	認定対象者氏名及び生年月日	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因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 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 所在地 医療機関　名　称 電　話 医師名　　㊞

上記のとおり申請します。

・被保険者証の記号番号を記入した場合は記載不要です。
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

被保険者のマイナンバー記載欄

令和　　年　　月　　日

郵便番号　　－

被保険者　住　所

氏　名　　㊞

宮城県自動車販売健康保険組合　殿