

常務理事	事務長	担当

## 健康保険 特定疾病療養受領証 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	フリガナ 昭和・平成 年 月 日	被保険者証の記号番号	記号 番号
	認定対象者の氏名及び生年月日	フリガナ 昭和・平成・令和 年 月 日	被保険者続柄	
	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 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。）		
	送付先住所	<input type="checkbox"/> 被保険者の住所と同じ場合はチェックしてください。 ※被保険者の住所と異なる場合はご記入願います。 〒 電話 ( )		
	上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 住所 〒 被保険者 電話 氏名 アボット健康保険組合理事長 殿			

医師の意見欄	上記の通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 医師氏名
--------	--

受付日付印