常務理事	事務長	担　当

健康保険　特定疾病療養受療証　交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="5">被保険者が記入する欄</td><td rowspan="3">被保険者氏名
及び生年月日</td><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td rowspan="3">健康保険の
記号番号</td><td>記号</td></tr>
<tr><td></td><td rowspan="2">番号</td></tr>
<tr><td>昭和・平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">認定対象者の
氏名及び
生年月日</td><td>ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td rowspan="3">被保険者
との続柄</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td>昭和・平成・令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>疾　病　名</td><td colspan="4">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。）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">送付先
住所</td><td colspan="4">□　被保険者の住所と同じ場合はチェックしてください。</td></tr>
<tr><td colspan="4">※被保険者の住所と異なる場合はご記入願います。
〒

電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="5">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</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>医師の意見欄</td><td>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</td></tr>
</table>

受付日付印