

受付	令和 年 月 日
決定	令和 年 月 日

決		済
常務理事	事務長	担当者

健康保険
特定疾病療養受療証
交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者氏名及び生年月日	昭・平 年 月 日	被保険者証の記号及び番号	—
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	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. 人口腎臓を実施している慢性腎不全 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V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			
	名 称			
	医療機関の 所在地			
	医師名			⑩

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

⑩

アサヒグループ健康保険組合理事長 殿