

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

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の 記号・番号	記号	○	番号	○○○○	社員番号	○○○○○○○○
	被保険者の氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ			生年月日	昭和・平成 51 年 7 月 31 日
			健保 太郎				
	認定対象者の 氏 名	(フリガナ)	ケンポ ヤスジロウ			被 保 険 者 と の 続 柄	父
			健保 保次郎				
認定対象者の 住 所		昭和・平成・令和	17 年 9 月 10 日				
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。)					
医 師 の 意 見 欄	上記の通り診察を受けていることをご確認ください。						
	令和	医師の証明欄					

上記のとおり申請いたします。

令和 1 年 5 月 1 日

住所 東京都○○区○○町1-1-1
被保険者
氏名 健保 太郎

自署の場合は押印省略可