

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		〒 ○○○ - ○○○○					
		神奈川県○○市○○町○○-○○			(電話) ○○○ (○○○) ○○○○		
		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	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。						
	令和 年 月 日	医師の証明欄					

(注) ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

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

健保
自署の場合は押印省略可