

| | | | |
|------|-----|--|----|
| 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

※保険証の記号番号

| | | | | |
|------------|--------------|---|------------------------|------------------|
| 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 ケンポ タロウ 健保 太郎 昭和・平成 ○○年 10月 1日 | 被保険者証の記号番号 社員・職員コード | 1-9999 999999 |
| | 認定対象者の名 | フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子 昭和・平成・令和 ○○年 12月 1日 | 被保険者続柄 | 妻 |
| | 認定対象者の住所 | 〒 123-4567 東京都○○区○○町1-2-3 ○○マンション456号室 (電話) 03 (1234) 5678 | | |
| | 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 | 上記の通り診療を受けていることに相違ありません。 |
| | 令和 年 月 日 |
| | 医療機関の名称 所在地 医師名 |
| ※医師の意見の記載が必要です | |

上記のとおり申請いたします。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

住所 〒123-4567
被保険者 東京都○○区○○町1-2-3 ○○マンション456号室
氏名 健保 太郎