

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

被保険者情報	被保険者等の 記号番号	記号 100	番号 〇〇〇〇〇	所属事業所 及び部署名	〇〇〇株式会社 〇〇支店 電話(内線) 03-1234-5678(123)		
	社員番号	〇〇〇〇〇					
	氏名	フリガナ ケンボ タロウ	健保 太郎	生年月日	昭和 平成	60年 5月 20日	
	申請者住所 電話番号等 (日中の連絡先)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室 電話 03 (9876) 5432					
	メールアドレス	〇〇△△@〇〇〇.ne.jp					
認定対象者欄	療養を受ける方	フリガナ ケンボ ハナコ	健保 花子	生年月日	昭和 平成 令和	62年 12月 12日	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-2 △△マンション201号室					
	電話番号 (日中の連絡先)	電話 03 (〇〇〇〇)〇〇〇〇		続柄	妻		
	疾病名 (該当に〇)	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因子障害また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					
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	この欄は医師に記入を依頼してください					医師名

上記のとおり申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者氏名 健保 太郎

受付日付印