

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	被保険者の氏名及び生年月日	健保太郎 昭・平・令 50年 3月 25日	被保険者証（日雇特例被保険者手帳）の記号及び番号	1011-2568		
	認定対象者の氏名	健保勇介	認定対象者の生年月日	昭・平・令 24年 12月 28日	被保険者との続柄	実父
	認定対象者の住所	〒XXX-XXXX 東京都〇〇区〇〇△町 5-8-7				
	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因子障害等 ③. 抗ウィル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。)				

医師の意見書	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。
	令和元年 5月 20日
	医療機関の名称 〇△□ 病院 所在地 〒XXX-XXXX 東京都〇区□□町 4-2-1 医師名 〇木 〇子

上記のとおり申請します。
令和元年 5月 25日
健康保険組合理事長 殿

被保険者 住所 〒XXX-XXXX
東京都〇〇区〇〇△町 5-8-7
氏名 健保太郎

健保

健保