受付年月日

年　　月　　日

常務理事	事務長	担当者

（健保押印欄）

キリンビール健康保険組合理事長　殿

健康保険 特定疾病療養受療証交付申請書

太枠内をご記入ください。訂正した箇所は訂正印を押印してください。

被保険者が記入するところ	被保険者	氏　名		被保険者証	記　号	
		生年月日	昭 平 令　年　月　日		番　号	
	認定対象者	氏　名		被保険者との続柄		
		生年月日	昭 平 令　年　月　日			
	認定対象者の住民票住所		〒　　―			
	認定対象者の居所住所		〒　　―　（住民票住所と居所が同じ場合は記入不要）			
	疾　病　名		1. 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 2. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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。）			

下欄に医師の証明を受けるか、もしくは診断書等の疾病にかかったことを証明する書類(原本)を添付してください。

医師の証明欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。　年　　月　　日 医療機関の　所在地 名称 医 師 の 氏 名 電話番号

上記のとおり健康保険特定疾病療養受療証の交付を申請します。

年　　月　　日

被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者住民票住所　〒　　－
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

令和5年12月更新　キリンビール健康保険組合