受付年月日

年	月	日
常務理事	事務長	担当者

（健保押印欄）

（記入例）

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	健保　太郎	被保険者証	記　号	1000
		生年月日	昭・平・令 50年05月25日		番　号	12345
	認定対象者	氏　名	健保　花子	被保険者との続柄		妻
		生年月日	昭・平・令 55年06月27日			
	認定対象者の住民票住所		〒 164 ― 0001 東京都　中野区　中野　4丁目10番2号			
	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。	2024年　1月　22日
	医療機関の　所在地	第一総合病院
	名称	〒164-9999　東京都中野区中野1－2－3
	医師の氏名	佐藤　一郎　　電話番号　03 － 1234 － 5678

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。

2024　年　1　月　26　日

被保険者氏名　健保　太郎

被保険者住民票住所　〒 164 － 0001　東京都　中野区　中野　4丁目10番2号

令和5年12月更新　キリンビール健康保険組合