

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

決 裁		
常務理事	事務長	担当者

(記入例)

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 と こ ろ	被保険者氏名 及び生年月日	健保 一郎 昭・平・令 40年 5月 18日	被保険者証の 記号及び番号	1308 - 94381
	認定対象者の 氏 名	健保 花子	認定対象者の 生 年 月 日	昭 平 令 45年 6月 7日
	認定対象者の 住 所	東京都中野区中野町4-100-20		
	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 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。 3年 2月 25日 名 称 東京都第一総合病院 医療機関の 〒164-9999 所在地 東京都中野区中野町1-2-3-4 医 師 名 上 三郎 電話 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。

3年 3月 1日

住 所 東京都中野区中野町4-100-20

被保険者

氏 名 健保 一郎

キリンビール健康保険組合理事長殿

訂正した箇所には訂正印を押印してください。