

常務理事	事務長		担当

健康保険 特定疾病療養受領証 交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者証の記号・番号	〇〇〇〇	被保険者氏名及び生年月日	(フリガナ) ケンボ タロウ
		〇〇〇〇		健保太郎
				昭和・平成・令和 〇年 〇月 〇日
	認定対象者の氏名	(フリガナ) ケンボ ヤスジロウ	被保険者続柄	父
	健保 保次郎			
		昭和・平成・令和 〇年 〇月 〇日		
認定対象者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 神奈川県〇〇市〇〇町1-1 (電話) 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			
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 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。)			
医師の意見欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。			
	令和 年 月 日	医師の証明欄		
	医療機関の名称 所在地	医師名		

上記のとおり申請いたします。

令和 〇年 〇月 〇日

受付日付印

住所 東京都〇〇区〇〇町1-1-1
被保険者 氏名 健保太郎

