

常務理事	事務長		担当

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	被保険者証 の 記号・番号	○  ○○○○	社員番号	○○○○○○	被保険者(申 請者)の氏 名・生年月日 (自著)	(フリガナ)  ケンボ タロウ 健保 太郎
	認定対象者 の氏名・生 年月日	フリガナ ケンボ タモツ	健保 保	昭和 平成 60 年 6 月 10 日	被 保 険 者 と の 続 柄	父
	認定対象者 の住所	〒	住所は被保険者のご自宅の住所、電話番号は日中つながる電話番号をご記入ください。 (電話) ( )			
	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。
	年 月 日  <b>医師の証明が必要です</b> 医療機関の所在地  医 師 名

上記のとおり申請いたします。

令和 1 年 5 月 15 日

住 所 東京都○○区○○町1-2-3

被保険者

氏 名 健保 太郎

日中連絡の取れる連絡先 ○○ ( ○○○○ ) ○○○○

Y G 健康保険組合 殿