

常務理事	事務長		担当

記入例

## 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されています。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	記号・番号	〇〇〇〇	社員番号	〇〇〇〇〇〇	被保険者(申請者) の氏名・生年月日 (自著)	ケンポ タロウ 健保 太郎
	フリガナ	ケンポ タモツ	被保険者 との続柄	父	昭和 平成 60 年 6 月 10 日	
	認定対象者の 氏名・生 年月日	ケンポ タモツ	健保 保		昭和 平成 令和 25 年 5 月 10 日	
	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 〇 年 〇 月 〇 日

住所 東京都〇〇区〇〇町1-2-3  
被保険者  
氏名 健保 太郎  
日中連絡の取れる連絡先 ( )

YG健康保険組合 殿