

常務理事	事務長	担当

特定疾病療養受療証 交付申請書

平成 ××年××月×× 日 提出

被保険者の記入欄	被保険者氏名及び生年月日	健保 太郎	被保険者証の記号・番号	* * * * - * * * * *
	認定対象者の名氏	健保 一太	認定対象者の生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日 平成
	認定対象者名の住所	〒 * * * * - * * * * 〇〇県〇〇市〇〇町123		被保険者との続柄 父
	疾病名	①人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 2.血友病 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。			
	平成	年	月	日
	名称			
	医療機関の所在地			
医師名				
印				

上記の通り申請いたします。

平成 ××年 ××月 ××日

被保険者住所 〒 * * * * - * * * *
東京都〇〇区 * * * * *

被保険者氏名 **健康 太郎 印**

(ご注意下さい) □

上記疾病により「都道府県・市区町村等」により医療の助成を受ける場合は、健康保険組合へ「医療助成の該当届」とその他必要書類を必ず提出してください。