

健保組合使用欄

常務理事	事務局長	参事	担当者

## 健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者記入欄			
被保険者証 記号、番号	記号 123	番号 456	被保険者氏名 及び生年月日 氏名 健保 太郎 (昭和・平成 45 年 1 月 1 日生)
認定対象者 氏名、生年月日、続柄	氏名 健保 美代子	生年月日 昭和・平成 20 年 6 月 6 日生	被保険者との続柄 母
認定対象者の住所	〇〇市××区〇〇××		
疾 病 名 (番号を○で囲む)	1. 血友病 (診療開始年月日 年 月 日)		
	2. 人工透析を実施している慢性腎不全 (人工透析治療開始年月日 24 年 5 月 10 日)		
	3. 血液製剤に起因するH I V感染者 (診療開始年月日 年 月 日)		
上記の通り申請します。 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日提出 住金関係会社健康保険組合理事長 殿 住 所 〇〇市××区〇〇×× 被保険者 氏 名 健保 太郎 T E L 12-3456-7890			

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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 名 称 〇×病院 医療機関の 所在地 〇〇市××区△△ 医 師 名 〇〇〇〇	