

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	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 51年 7月 31日
	認定対象者の 氏名	(フリガナ) ケンボ ヤスジロウ	健保 保次郎	被保険者 続柄
		昭和・平成・令和 17年 9月 10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			
	医療機関の 名称	医師の証明欄		
	所在地			
医 師 名	Ⓢ			

上記のとおり申請いたします。

令和 3 年 4 月 1 日

住所 東京都〇〇区〇〇町1-1-1
被保険者
氏名 健保 太郎

