

【見本】

常務理事	事務長	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 が 記 入 す る 欄	被保険者氏名 及び生年月日	椿 太郎 昭・平 ○○年○月○日	被保険者証 記号・番号	○○ - ○○○○		
	認定対象者の 氏 名	椿 花子	認定対象者 の生年月日	昭・平・令 ○○年○月○日	被保険 者との 続柄	妻
	認定対象者の 住 所	〒○○○ - ○○○○ 東京都○○区○○100				
	疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2. 血漿分画製剤投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害また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	うえのとおり診療を受けていることに相違ありません。					
	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日					
	所在地		東京都○○区○○1-1			
	医療機関の 名 称		○○総合病院			
医 師 名		保険 五郎		⑩		

上記のとおり申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住 所 東京都○○区○○100

被保険者

氏 名 椿 太郎



- ※ 被保険者証の記号・番号が変わった場合、再度申請してください。(医師の証明は不要です)
- ※ 所得区分が変わった場合(健保組合よりお知らせします)、再度申請してください。(医師の証明は不要です)