

受付年月日	令和	年	月	日
決定年月日	令和	年	月	日

決裁				
----	--	--	--	--

健康保険 特定疾病療養受給証 交付申請書

被保険者が記入する欄	健康保険被保険者 記号・番号	記号	番号				
	被保険者氏名						
	被保険者の生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男 女
	認定対象者の氏名					被保険者 との続柄	
	認定対象者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 女
	認定対象者の住所	〒 _____					
	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（H I V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
	名 称	_____
	医療機関	_____
	所在地	_____
医師名	_____	

上記のとおり申請します。

受付日付印

令和 年 月 日

〒 _____

住所

被保険者

氏名

日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿