

受付年月日	令和	年	月	日
決定年月日	令和	年	月	日

決裁				
----	--	--	--	--

記入例 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	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇		
	被保険者氏名	健 保 慎之介					
	被保険者の生年月日	昭和	平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日	性別	男 女	
	認定対象者の氏名	健 保 静 香			被保険者との続柄	妻	
	認定対象者の生年月日	昭和	平成	令和	〇〇年 〇〇月 〇〇日	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
	名 称	東京都福生市青葉町〇丁目〇〇番地			
	医療機関	所在地			
		〇〇〇〇総合病院			
	医師名	〇 〇 〇 〇			

上記のとおり申請します。

受付日付印

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

住所 東京都〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇〇番地〇号

被保険者

氏名 健 保 慎之介

日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿