

受付年月日	令和	年	月	日
決定年月日	令和	年	月	日

--	--	--	--	--

**記入例** 健康保険 特定疾病療養受給証 交付申請書

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	健康保険被保険者等 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								
	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
	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	〇〇〇〇総合病院		
	所在地	〇〇〇〇総合病院		
医 師 名	〇 〇 〇 〇			

受付日付印