

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

被保険者記入欄	被保険者氏名 生年月日	ふりがな ケンコウ タロウ 健康 太郎 昭・平 XX 年 5 月 5 日	被保険者証の記号番号 記号 番号 123 1000	
	認定対象者の氏名	ふりがな ケンコウ タカシ 健康 貴志	認定対象者の生年月日 昭・平 XX 年 2 月 27 日	続柄 父
	認定対象者の住所	〒 123-1234 〇〇県〇〇市〇〇町123 TEL 012-3456-7890		
	疾病名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要がある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群（厚生労働大臣が定める者）		

医師の記入欄	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。			
	年 月 日			
	名称 所在地 〒			
	医療機関の TEL 医師名 印			

上記の通り申請いたします。

XX 年 XX 月 XX 日

住所 〒 123-1234

被保険者の 〇〇県〇〇市〇〇町123

氏名 健康 太郎

