健康保険　特定疾病療養受療証　交付申請書

常務理事	事務長		担　当

記入例

被保険者が記入する欄	被保険者等記号・番号	記号	番号	被保険者氏名及び生年月日	フリガナ	ケンポ　タロウ
		1	1234		健保　太郎	
					(昭和)・平成　55　年　10　月　5　日	
	認定対象者の氏名及び生年月日	フリガナ	ケンポ　タモツ		被保険者との続柄	父
		健保　保				
		(昭和)・平成・令和　23　年　9　月　7　日				
	認定対象者の住所	〒　〇〇〇－〇〇〇〇 千葉県〇〇市△△1-1-50 電話（　043　）1234　－　5678				
	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因子障害又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	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 医療機関の　名称 所在地 医師名

医師の証明が必要です

上記のとおり申請いたします。

令和　1　年　8　月　5　日

被保険者　住所　東京都〇〇区〇〇町1-2-3　△△マンション301号室

氏名　健保　太郎

ワークスアプリケーションズグループ健康保険組合　殿

受付日付印