

常務理事	事務長		担当

氏名は自筆でご記入ください。

健康保険 特定疾病療養受領証 父

被保険者が記入する欄	被保険者証の	記号 1	番号 1234	被保険者氏名 及び生年月日 (フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎 昭和・平成 55 年 10 月 5 日
	認定対象者の氏名	フリガナ ケンボ タモツ 健保 保 昭和・平成・令和 23 年 9 月 7 日	被保険者 との続柄 父	
	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	上記の通り診療を受けていることに相違ありません。	
	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

住所 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 △△マンション301号室

被保険者

氏名 健保 太郎

氏名は自筆でご記入ください。