

| | | | |
|------|-----|--|----|
| 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。