

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 が 記 入 す る 欄	被保険者 記号・番号	記号 1	番号 1 2 3 4	被保険者氏名 及び生年月日	フリガナ ケンポ タロウ 健 保 太 郎
	社員番号	1 2 3 4 5 6			昭和 ・平成 4 7 年 1 0 月 1 2 日
	認定対象者の 氏名	フリガナ ケンポ ヤスジロウ 健 保 保 次 郎	被 保 険 者 と の 続 柄		父
	認定対象者の 住所	昭和 ・平成・令和 1 7 年 9 月 1 1 日 〒 2 7 9 - 0 0 0 0 千葉県浦安市舞浜 9 9 - 9 9 9 - 9 0 9 電話 0 4 7 (3 4 5) 8 7 9			
	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 所 医師の証明欄
	医 師 名

上記のとおり申請いたします。

受付日付印

2 0 1 9年 **5**月 **1**日

住 所 〒 **1 5 1 - 0 0 5 1**

被保険者

東京都渋谷区千駄ヶ谷 1 - 1 - 1

氏 名

健 保 太 郎