

決 定 年 月 日
令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

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	被保険者氏名 及び生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	記 号 一 番 号	〇〇〇-〇〇〇〇〇		
	認定対象者の 氏 名	健保 花子	認定対象者 の生年月日	昭和 平・令 〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者 との続柄	妻
	認定対象者の 住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大阪市〇〇区△△町 □□-□□				
	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 または先天性血液凝固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 8 年 7 月 1 日 名 称 □□市民病院 医療機関の 所在地 □□市□□ 〇〇-△△ 医 師 名 山田 太郎 (印)
----------------------------	---

上記のとおり申請します。

令和 8 年 7 月 15 日

住 所 〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇市〇〇区△△町□□-□□
被保険者 氏 名 健保 太郎 (印)

電話番号 (〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇

ダイワボウ HD 健康保険組合理事長 殿