

| | | | | |
|----|----|---|---|---|
| 受付 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 決定 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

| 決 裁 | | |
|------|-----|-----|
| 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 | 健 保 太 郎 昭 ^平 令00年00月00日 | 被保険者証の記号及び番号 | 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 ^平 00年00月00日 | 被保険者との続柄 妻 |
| | 認定対象者の住所 | △県△市△町〇 - 〇〇 | | | |
| | 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 | うえ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 |
| | 名 称 医療機関の |
| | 所在地 |
| | 医 師 名 印 |

上記のとおり申請します。

令和 00 年 00 月 00 日

住所 △県△市△町〇 - 〇〇
被保険者 氏 名 健 保 太 郎



大塚製薬健康保険組合理事長 殿