

< 記入例 >

受付	年	月	日
決定	年	月	日

決 裁			
常務理事	事務長	部長	係

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	被保険者証 記号番号	記号 1234	番号 5678			
	被保険者氏名	健保 一郎		事業所の名称 所属	株式会社 博報堂	
	生年月日	昭平 ○年 ×月 △日				
	認定対象者の 氏名	健保 太郎	認定対象者 の生年月日	昭 平 令 ○年 ×月 △日	被保険 者との 続柄	父
	認定対象者の 住所	○×県 △口市 × × 1-2-3				
	疾 病 名 (該当に○)	1. 血友病 ② 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 血液凝固因子製剤の投与に起因する後天性免疫不全症候群				

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					
	医療機関の 名称	○○病院				
	所在地	○×市 ×○町 1-2				
	医師名	○○太郎				

上記のとおり申請します。

令和 ○年 ×月 △日

〒
住所 ○×県 △口市 × × 1-2-3

被保険者

氏名 健保 一郎

博報堂健康保険組合理事長 殿