

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日	被保険者証 の記号番号	〇-〇〇〇〇
	認定対象者の 氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎 昭和・平成・令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	社員・職員 コード	〇〇〇〇
	認定対象者の 住所	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇マンション△△号室 (電話) 00 (1234) 5678		
	疾 病 名	1. 人工透析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。
	令和 年 月 日 <b>※医師の意見が必要です</b> 医療機関の 所在地 医師名

上記のとおり申請いたします。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 〇〇マンション△△号室  
被保険者  
氏名 健保 太郎

EY Japan健康保険組合 殿