

発行年月日	年 月 日
標準報酬月額	千円
所得区分	

常務理事	事務長		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	被保険氏名	健保 太郎	被保険者証の	記号	1000
	生年月日	昭和 平成 ○○年△△月□□日	記号・番号	番号	9999
	認定対象者の氏名	健保 花子	生年月日	昭和 平成 ○○年□□月××日	
	認定対象者の住所	〒 123-1234 京都市・・・・ TEL: 075-・・・			被保険者との続柄 妻
	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因子障害または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(いわゆる血友病) 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V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
	医療機関の名称 所在地 医師名
	医師の証明をいただいでください。
	印

上記の通り申請します。

平成□□年○○月△△日

住所 京都市・・・・
被保険者 氏名 健保 太郎 印

宝グループ健康保険組合理事長 殿

受付日付印