

常務理事		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 ○○年 ○月 ○日	被保険者証の 記号・番号	○○○○-○○○○
	認定対象者 及び生年月日	健保 花子 昭・平・令 ○○年 ○月 ○日	被保険者との 続柄	妻
	認定対象者の 住所	東京都○○○-○○○		
	疾病名	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. 抗ウイルス剤を投与してい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	○○総合病院		
	所在地	千代田区○○○-○○○		
医師名	健康 一郎 (印)			

上記のとおり申請します。

令和 ○○年 ○月 ○○日

氏名 **健保 太郎** (印)

被保険者

住所 **東京都○○○-○○○**

東宝健康保険組合理事長 殿