

常務理事	事務長		担当

健康保険 特定疾病療養受領証 交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者証の記号・番号	〇〇〇〇	被保険者氏名及び生年月日	(フリガナ) ケンボ タロウ
		〇〇〇〇		健保太郎
				昭和・平成 51年 7月 31日
	認定対象者の氏名	(フリガナ) ケンボ ヤスジロウ	被保険者続柄	父
			健保保次郎	
			昭和・平成・令和 17年 9月 10日	
認定対象者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 神奈川県〇〇市〇〇町1-1 (電話) 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			
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 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		
	医療機関の	医師の証明欄	
	医師名	印	

上記のとおり申請いたします。

令和 1 年 5 月 1 日

住所 東京都〇〇区〇〇町1-1-1

被保険者

氏名 健保 太郎



備考欄	個人番号（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入は必要ありません）	
	※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、身元確認のため、以下の書類を添付してください。 ①通知カードのコピー（表面） ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カードのコピー（両面）のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証のコピー 又は パスポートのコピー のいずれか1点	