

受付日	平成	年	月	日
決定日	平成	年	月	日

--	--	--	--

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 昭和 平成 40 年 1 月 1 日	被保険者証 記号・番号	123 ・ 4567
	認定対象者の 氏 名 生 年 月 日	同上 昭和・平成 年 月 日	被保険者 との続柄	本人
	認定対象者の 住 所	××県××市××町1-1-1		
	疾 病 名	1、人工腎臓を実施している慢性腎不全 2、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		

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。 平成×× 年 ×× 月 ×× 日	病院の先生に 記入を依頼してください	
	所在地		××市××町1-2-3
	医療機関の 名 称		××病院
	医 師 名		医師 太郎

上記のとおり申請いたします。

平成×× 年 ×× 月 ×× 日

住所 ××県××市××町1-1-1
被保険者 氏名 健保 太郎

富士ソフト健康保険組合理事長 殿