

--	--	--	--

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 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	被保険者証 記号・番号	○○○ ● ○○○○
	認定対象者の 氏名 生年月日	健保 太郎 昭和 平成 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	被保険者 との続柄	本人
	認定対象者の 住 所	〒 ○○○ - ○○○○ ○○県△△市□□町1-2-3 TEL ○○○ - ○○○○ - ○○○○		
	疾 病 名 (該当する番号 を○で囲む)	○ 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。		
	○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	医療機関の証明を受けてください。	
	所在地	○○県△△市××町3-2-1	
	医療機関の 名称	○×総合病院	
	医師名	医師 太郎	

上記のとおり申請いたします。

受付年月日

○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

住 所 ○○県△△市□□町1-2-3

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

富士ソフト健康保険組合(適-13)